

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒 ー 都・道 府・県						
			電話番号 (日中の連絡先)	()				
	事業所名称		提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)				

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()			
	支店名	支店・本店・出張所 その他()	口座番号				
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人			

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 被保険者と代理人はそれぞれ本人が記入してください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日	
		代理人 (口座名義人)	住所					
			氏名	被保険者との関係()				

申請内容	受診者(どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		仕事中、通勤途中、第三者行為 のいずれかによるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日 続柄()
	傷病名		発病又は負傷の年月日	令和	年 月 日
	傷病はケガ(負傷)による ものですか(どちらかに✓)	☐ ケガによる ※必ず右に負傷原因を記入して下さい。	ケガによる場合 その原因 (できるだけ詳しく 記入してください)	(どこで)	(何をしているときに)
		☐ ケガ以外		(どうなってケガをした)	
	現在の経過 (いずれかに✓)	☐ 治癒した(治った) ☐ 治療継続中 ☐ その他()			
	診療を受けた病院等	名称 所在地			
	診療期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)			
	上記期間に入院して いた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)			
	療養に要した費用	円	診療の内容		
療養の給付を受ける ことができなかった理由 (いずれかに✓)	☐ 治療用装具を作成した為 ☐ めっき健保以外の保険証でかかった為 ☐ 保険証を提示せずにかかった為 ☐ その他()				

※別途、添付書類が必要となります。記入例を必ずご覧ください。
※ケガによる場合、原因によっては別途「負傷原因届」のご提出をお願いすることがあります。
※仕事中、通勤途中、第三者行為のいずれかに該当する場合は、事前に健保組合までお問い合わせください。
※申請書は、受診者ごと、月ごと、入院外来別でそれぞれ分けて作成していただく必要があります。

受付日付印