

- ボールペン等の消えないペンでご記入ください。(鉛筆、消えるペンでの記入不可)
- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証 記号 <b>1234</b> 番号 <b>123</b>	
	② 氏 名 (フリガナ) <b>ケンボ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>	③ 生 年 月 日 昭(平)令 <b>3</b> 年 <b>11</b> 月 <b>15</b> 日
	④ 住 所 〒 <b>〇〇 - 〇〇</b> <b>東京</b> (都) 道 府 県 <b>中央区△△ ×-×</b>	⑤ 電 話 番 号 <b>〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇</b> ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
	⑥ 事 業 所 名称 <b>〇〇土建株式会社</b> 電話番号 <b>03 ( **** ) ****</b> 所在地 <b>東京都中央区△-△-△</b>	

【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。

申 請 内 容	⑦ 受 診 者 (どちらかに) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ⑧ 業務中、通勤途中または 第三者行為によるものですか ※ はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
	⑨ 受診者が家族(被扶養者)の場合 氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )
	⑩ 傷 病 名 <b>〇〇骨折</b> ⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 令和 <b>6</b> 年 <b>2</b> 月 <b>1</b> 日
	⑫ 発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、いつ、どこでどのように負傷されたか) 原因 <b>令和6年2月1日に自宅内の段差につまづいてしまった</b> 経過 <b>徐々に回復に向かってきている</b>
	⑬ 診療を受けた病院等 名称 <b>〇〇病院</b> 所在地 <b>東京都中央区△△ ×-×</b> ⑭ 診療した医師の氏名 <b>〇〇 〇</b>
	⑮ 診療期間(支給期間) 令和 <b>6</b> 年 <b>2</b> 月 <b>1</b> 日 から 令和 <b>6</b> 年 <b>2</b> 月 <b>1</b> 日 まで (日数 <b>1</b> 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)
⑯ 療養に要した費用 <b>×, ×××</b> 円	
⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由 (該当箇所に) <input checked="" type="checkbox"/> 現物給付対象外であるため <input type="checkbox"/> 緊急でやむを得ず受診し、保険証をもっていなかったため <input type="checkbox"/> その他 (理由) ( )	

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

「個人振込」「事業所払い」のどちらかを記入してください。

【通帳のコピー、キャッシュカードのコピー等】

個人振込【※被保険者名義。※通帳等、口座情報の確認できるもののコピーを必ず添付してください。事業所払いの場合は記入不要です。】

支 払 金 融 機 関	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	金融機関コード	預金種別	普通・当座・その他( )
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	支店コード	口座番号	

事業所払い【個人振込の場合は記入不要です。】

委 任 状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記、受領責任者に委任します。	令和 年 月 日
	給付金受領責任者	氏名	

令和 年 月 日提出

組合受付印