

◎ 記入の方法は、裏面に書いてありますのでよくお読みください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の フリガナ ② 被保険者の 氏名 生年月日	記号 番号 第 号	昭 和 ・ 平 成 年 月 日	
	③ 被保険者の (申請者) 現住所	〒 TEL ()		
	④ 事業所の 名称	TEL ()		
	⑤ 傷病名	⑥ 発病または 負傷の年月日		令 和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
	⑦ 発病または負傷 の原因および 傷病の経過	※ 負傷の場合は、いつどこで何をしていたときかを記入してください。		
	⑧ 第三者行為に よるものですか	はい・いいえ	はいのとき、第三者の 行為による傷病届は	届出済・未届け
	⑨ 診療を受けた 医療機関の	名称	診療を担当 した医師名	
		所在地		
	⑩ 診療の内容	⑪ 診療に要した 費用の額		円
	⑫ 診療の期間	令 和 年 月 日から 令 和 年 月 日まで	日間	左の期間のうち入院期間 令 和 年 月 日から 令 和 年 月 日まで 日間
	⑬ 療養の給付を 受けることが できなかった 理由			
	⑭ 治療用装具を 装着したとき	装着年月日 令 和 年 月 日		
⑮ 被扶養者が 療養を受けた ときはその者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
		昭 和 平 成 令 和 年 月 日生		

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 令 和 年 月 日 被保険者 氏名 (請求者) 代理人の 住所 (口座名義人) 氏名	※ 在職の方は、貴事 業所の健保口座名義 人の方に委任してくだ さい。 (事業所担当者に) おたずねください。
--	-----------	---	--

給 付 金 受 領 口 座	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通・当座 No.	
	フリガナ		
	口座名義人		

受 付 日 付 印