

◎ 記入の方法は、裏面にかいてありますからよく読んでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	ふりがな	②
		番号	被保険者の氏名と押印	印
			生年月日	昭・平 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 発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日 (曜日) (負傷の場合は 時頃)
	⑦ 発病又は負傷の原因および傷病の経過			
	⑧ 第三者の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	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	左の期間のうち入院期間 平成・令和 年 月 日から 平成・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	平成・令和 年 月 日	
	⑮ 被扶養者が療養を受けたときはその者	氏名	生年月日	被保険者との続柄
		昭和 平成 年 月 日生 令和		

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(請求者) 氏名 ②と同じ印 住所 代理人の(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。 〔事業所の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