

◎ 記入の方法は、裏面に書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 | 54 × × | フリガナ 被保険者の 氏名と押印 | カンコウ タロウ 管工 太郎 | ② | |
| | 番号 | 第 392 号 | 生年月日 | 昭平 50 年 9 月 3 日 | (印) | |
| | ③ 被保険者の (申請者) 現住所 | 〒165-0022 中野区江古田〇-〇-〇 | | TEL | 03(3410) × × × × | |
| | ④ 事業所の 名称 | いろはに株式会社 | | TEL | 03(3321) × × × × | |
| | ⑤ 傷病名 | 咽頭喉頭炎 | | ⑥ 発病または 負傷の年月日 | 平成 24 年 11 月 3 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 | 11月3日の夜に発熱して、同日通院する | | | | |
| | 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 | 健康会病院 | 診療を担当 した医師名 | 東陽人 | | |
| | 所在地 | 埼玉県所沢市狭山ヶ丘〇-〇〇 | | | | |
| | ⑩ 診療の内容 | 投薬 | ⑪ 診療に要した 費用の額 | 8,280 円 | | |
| | ⑫ 診療の期間 | 平成 24 年 11 月 3 日から 平成 24 年 11 月 3 日まで | 1 日間 | 左の期間のうち入院期間 平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで | | |
| | ⑬ 療養の給付を 受けることが できなかった理 由 | 親戚の家に泊まりに行っていたため、健康保険証を持っていなかった | | | | |
| | ⑭ 治療用装具を 装着したとき | 装着年月日 | 平成 | 年 | 月 日 | |
| | ⑮ 被扶養者が 療養を受けた ときはその者の | 氏名 | 管工 健子 | 生年月日 | 昭和 平成 20 年 7 月 25 日生 | 被保険者との続柄 長女 |

| | | | | |
|---|-----------------|--|----------------------|---|
| 支 払 い は 全 て 振 込 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。 平成 24 年 12 月 1 日 | | ※ 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。) |
| | 被保険者 (請求者) | 氏名 | 管工 太郎 | |
| | 代理人の (口座名義人) | 住所 | 千代田区神田駿河台〇-〇 | |
| | | 氏名 | いろはに株式会社 代表 東京 大助 | |

| | | |
|---------------------------------|-------|--------------------------|
| 給 付 金 受 領 口 座 | 金融機関名 | みずほ 銀行 神田 支店 |
| | 口座番号 | 普通・当座 No. 〇〇〇〇〇〇 |
| | フリガナ | ケンボグチ イロハニ(カ) ダイヒョウ |
| | 口座名義人 | 健保口 いろはに株式会社 代表 東京 大助 |

受付日付印