

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

被 保 険 者 （ 請 求 者 ）	① 健康保険証の 記号と番号	記号 番号 ××× - 234	② 被 保 険 者 (請求者)の 氏名・生年月日	(フリガナ) ショウホウ タロウ 情報 太郎 昭・平・令 ××年 ××月 ××日
	③ 被 保 険 者 (請求者) の 現 住 所	〒 ××× - ×××× 千代田区〇〇〇3-3-303		日中連絡のとれる電話番号 自宅 ××-××××-×××× 携帯 ×××-××××-××××
	④ 事業所名称	(株)〇〇〇		

療 養 費 の 申 請 内 容	⑤ 治療用装具を 作成した方	氏 名 情報 一郎 被 保 険 者 との 続 柄 長男 性 別 男・女	生 年 月 日 昭 平 令 ××年 ××月 ××日
	⑦ 傷 病 名	弱視、遠視性乱視	⑥ 診 療 区 分 ※ 該 当 に ○ 入院・外来 外来と調剤
	⑨ 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等 の 名 称	〇〇病院	⑧ 診 療 の 内 容 (例 足底装具の装着等) 検査・診察
	⑪ 装 具 を 装 着 し た 日	平・令 ×年 ××月 ××日	⑩ 医 師 か ら 装 具 装 着 の 指 示 を 受 け た 日 平・令 ×年 ××月 ××日
	⑬ 療 養 費 を 支 給 申 請 す る 理 由 ※ 該 当 番 号 に ○	1. 治療用装具を購入し装着したため ② 小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入したため 3. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したため	

疾 病 ・ 負 傷 の 原 因	⑭ 原 因 ※該当番号に○	① 病気 2. 怪我 (自損・交通事故・暴行、傷害) 3. その他 ()		
	⑮ 発 病 ・ 負 傷 年 月 日	平・令 年 月 日 (怪我のとき: 午前・午後 時頃に負傷) ・病気等で発病年月日が不詳		
	⑯ 「2.怪我」に 該当する方は 具体的な状況 と☑を記入	負傷場所(どこで)	(例 自宅で/ 学校で/ 公園で/ サッカー場で 等)	
負傷した状況		(例 自宅階段から転倒し負傷/ サッカーの練習中に負傷 等)		
第三者行為の確認		<input type="checkbox"/> 相手がいない <input type="checkbox"/> 相手がいる ※1	労災の確認	<input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 労災 ※2
〔児童・学生のみ〕日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 該当しない ※3		

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。事前に当組合へご連絡下さい。

スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「相手がいない」を選択してください。

※2 通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。

※3 学校内・部活動・登下校時の怪我等で日本スポーツ振興センターへ給付申請を行うときは「申請中・申請予定」に☑してください。

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	会社振込	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
<input type="checkbox"/>	個人(請求者)口座	被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。

(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支 払 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別 普通・当座
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	フリガナ	
		口座名義	

受付日付印

<input type="checkbox"/>	マイナンバー等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には数日を要します。また、代理口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。
--------------------------	---

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄