

(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 被 保 険 者 等 記 号 ・ 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) ジョウホウ 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 療 養 を 受 け た 方	氏 名 情報 花子 被 保 険 者 と の 続 柄 妻 性 別 男・女	生 年 月 日 昭・平・令 ××年 ××月 ××日
	⑦ 傷 病 名	咽頭炎	⑧ 診 療 の 内 容 (例 診察・投薬 診察・投薬
	⑨ 診 療 を 受 け た 医療機関等の名称	〇〇病院、××調剤薬局	⑩ 療 養 に 要 し た 費 用 の 額 ×,××× 円
	⑪ 診 療 を 受 け た 期 間	令和 ×年 ××月 ×日 から 令和 ×年 ××月 ×日 まで ×日間 〔入院のとき〕入院期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
	⑫ 療 養 費 を 支 給 申 請 す る 理 由 ※ 該 当 番 号 に 〇	① 当組合に加入後、マイナ保険証が使用できない等の理由で医療費を全額自己負担したため 2. 他の保険者の資格で医療機関等を受診し、他の保険者に医療費を返還したため 3. その他 ()	

疾 病 ・ 負 傷 の 原 因	⑬ 原 因 ※該当番号に〇	① 病気 2. 怪我 (自損 ・ 交通事故 ・ 暴行、傷害) 3. その他 ()		
	⑭ 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		
	⑮ 「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"/> 通勤中・業務中 ※ 2	

※ 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。該当する方は別紙「注意事項」をご確認ください。
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）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。

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

<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。

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。

(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 本店 信金・信組 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"/>	マイナポータル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、代理人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	
--------------------------------------	--