

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒 —		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
※当健保は事業所経由でのお支払いをしておりますので、在職中の方に関しましては記入不要です。(任意継続・資格喪失された方のみご記入ください)				

委 任 状	口座名義が代理人 の場合にご記入 ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		氏名	Ⓜ	
		代理人 (口座名義人)	事業所住所	
			事業所名	

申 請 内 容	受診者(どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		第三者行為に よるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄()
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日	
	発病又は負傷の 原因及びその経過 (けがの場合は、どこで どのように負傷されたか)	原因			
		経過			
	診療を受けた病院等	名称			
		所在地	診療した医師の氏名		
	診療期間(支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	(日数 日)		
	上記期間に入院して いた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	(日数 日)		
	療養に要した費用	円	診療の内容		
療養の給付を受ける ことができなかった理由					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄