

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。 ※被保険者記入用

被 保 険 者 情 報 ※	被保険者証の	記号 1 0	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 3 年 1 0 月 0 1 日	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎				
	住所	(〒 4 6 0 - △ △ △ △) 愛知 都 道 府 県 名古屋市□□□□□□□□				
	電話番号 (日中の連絡先)	0 5 2 (× × ×) × × × ×				

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	□□□	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()	□□□	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 出張所 代理店 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1	1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号	△ △ △ △ △ △
	口座名義	▼カタカナでご記入下さい。 姓と名の間は1マス空けて、濁点 (`) 半濁点 (˘) は1字としてご記入下さい			口座名義 の区分

▼口座名義の区分が「2.代理人」の場合は「口座名義の区分」欄が「2.代理人」の場合のみご記入ください。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	氏名 健 保 太 郎	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	令和 6 年 4 月 10 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒△△△ - △△△△) TEL ××× (×××) ××××	愛知県名古屋市□□□□□□□□	被保険者との 関係
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健 保 花 子	妻	

※ご注意ください
家族（被扶養者）の方の治療等の立替払いの場合であっても、
被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

受付日印

常務理事	事務長			

被保険者氏名

健保 太郎

※被保険者記入用

申請 内容	① 受診者	2		1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	
	①-1 家族の場合は その方の	氏名	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 8年 5月 10日 <input type="checkbox"/> 令和
	② 傷病名	インフルエンザ	③ 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 10月 23日	
	④ 該当の傷病は病気（疾病）で すか、ケガ（負傷）ですか。	1	1. 病気 2. ケガ		
	④-1 「病気」と答えた場 合、発病時の状況をご 記入ください。	旅行先で発熱し、医療機関を受診した。			
	④-2 「ケガ」と答えた場 合、ケガの原因をご 記入ください。	<input type="checkbox"/>	1. いいえ 2. はい	「第三者行為による傷病届」 を併せてご提出下さい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ 2. はい
	⑤ 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
		〇〇〇医院	愛知県□□□□□□□□□□	組合 一郎	
	⑥ 診療を受けた期間	令和 6年 10月 22日から	令和 6年 10月 22日まで	日数	1日
	⑥-1 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日数	日
⑦ 療養に要した費用の額	2,850 円				
⑨ 診療の内容	検査、内服薬処方				
⑩ 療養費の支給申請の理由	2	1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他			