

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入下さい。

※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			
	郵便物を受けとることができる住所	(〒 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 (ˆ) は1字としてご記入下さい。 ケンポ ° ハナコ			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	
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒△△△ - △△△△)	TEL	××× (×××) ××××	被保険者との 関係	
		住所	愛知県名古屋市□□□□□□□□				
		氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ	健 保 花 子		

妻


常務理事	事務長			

受付日付印

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	1	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	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3年 10月 1日 <input type="checkbox"/> 令和	
	② 傷病名	右手骨折	③ 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 2月 3日	
	④ 該当の傷病は病気（疾病）で すか、ケガ（負傷）ですか。	2	1. 病気 2. ケガ	
	「病気」と答えた場 ④-1 合、発病時の状況を ご記入ください。			
	「ケガ」と答えた場 ④-2 合、ケガの原因をご 記入ください。	2	1. いいえ  「第三者行為による傷病届」 2. はい を併せてご提出下さい	
	⑤ 診療を受けた医療機関等の （国名）	名称 〇〇〇〇〇〇	所在地 □□□□□□□□□□	診療した医師等の氏名 △△△△△△△
		名称 〇〇〇〇〇	所在地	診療した医師等の氏名
	⑥ 診療を受けた期間	令和 6年 2月 3日から	令和 6年 2月 3日まで	日数 1日
	上記の期間に ⑥-1 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	1,580 \$	(アメリカドル)	通貨単位を記入してください。 (例：アメリカドル)	
⑨ 診療の内容	手術			
⑨ 受診者の情報	受診者の海外渡航期間 (6年 2月 1日 ~ 6年 2月 8日) 受診者は、現在日本に帰国予定はありますか？または帰国されましたか。 <input checked="" type="radio"/> はい → 渡航目的・海外滞在の理由 <input type="radio"/> いいえ → 海外在住の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 渡航目的 海外滞在の理由 <input type="checkbox"/> 海外在住の理由	(理由) 旅行での渡航。既に帰国。		