

▼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 金庫 信組 農協 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、必ず受取代理人欄に記入下さい。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 6 年 5 月 1 6 日
	氏名	健 保 太 郎		住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	住所	(〒△△△ - △△△△) TEL ××× (×××) ××××		被保険者との 関係
	代理人 (口座名義人)	愛知県名古屋市 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
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）の方の治療用装具や眼鏡などの購入の場合であっても、
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。

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	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	右ひざ関節靭帯損傷	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。	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。	1	1. いいえ  「第三者行為による傷病届」 2. はい を併せてご掲出下さい	
			1	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
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
⑥ 治療用装具を装着した日 （診療を受けた期間）	令和 6年 10月 25日から	令和 6年 10月 25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 装具等の装着について 指示を受けた日	令和 6年 10月 23日	⑧ 療養に要した費用の額	45,800 円	
⑨ 診療の内容	診察、レントゲン等検査、装具の装着			
⑩ 療養費の支給申請の理由	8	8. 治療用装具を作成したため 10. 治療用眼鏡を作成したため 11. 治療用コンタクトレンズを作成したため		