

▼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	番号	生年月日			
				☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 -)			都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()					

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 代理店 本店営業部 本所 支所	
	預金種別	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	1.被保険者 2.代理人

▼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	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	年	月	日
	被保険者	氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	(〒 -)	TEL	()	被保険者との 関係		
		住所					
		(フリガナ)	氏名				

※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

※被保険者記入用

申請 内容	① 受診者	☐ 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	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	② 傷病名	③ 発病または 負傷年月日	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	④ 該当の傷病は病気（疾病）で すか、ケガ（負傷）ですか。	☐ 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。					
	④-2 「ケガ」と答えた場 合、ケガの原因をご 記入ください。	第三者行為によるものですか。（交通事故を含む） ☐ 1. いいえ 2. はい		勤務中もしくは通勤中のケガですか。（労災） ☐ 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	
		名称	所在地		診療した医師等の氏名	
		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 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日数	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 装具等の装着について 指示を受けた日	令和 年 月 日	⑧ 療養に要した費用の額	円			
⑨ 診療の内容						
⑩ 療養費の支給申請の理由	☐ 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					