

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等記号・番号		氏名		
	記号	番号	フリガナ	フリガナ	
		—	(氏)	(名)	
	住所			生年月日	
	〒 —			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	事業所	名称	所在地		
		〒 —			
所属	(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など				
	— —				

申請内容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日		
					<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	傷病名				発病または負傷年月日	令和 年 月 日	
	発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出ください				
	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	
	診療を受けた期間	入院	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日数	日間		
		外来	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日数	日間		
	療養に要した費用の額	円					
診療の内容							
療養費の申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> 4. その他 理由 []						

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日
	住所 氏名			
代理人	住所 氏名			
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。				

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄