

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 <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	
	傷病名		発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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		
代 理 人	氏名		
	住所		
	氏名		

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