

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号-番号		被保険者(申請者)の氏名・印			生年月日	
	—		刀がナ ⓐ			昭和 平成 年 月 日	
	住所					連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号	
	〒 —						
	事業所	名称			所在地		
		〒 —					
	受診者	1. 被保険者(本人)		被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日	
		2. 被扶養者(家族)				昭和 平成 令和 年 月 日	
	傷病名				発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日	
	発病の原因および 経過(詳しく)	1. 病気	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください				
2. ケガ		ケガの場合は、別紙「負傷の原因について」を記入のうえ、併せてご提出ください 第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ					
診療を受けた 医療機関等の	名称		所在地			診察した医師等の氏名	
診療を受けた期間	入院・外来・調剤	平成 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							
療養の申請の 理由	1. 当組合以外の被保険者証を使用した為 2. 被保険者証を持っていなかった為 3. 治療用装具(小児治療用眼鏡を含む)を作成した為 装着年月日 平成・令和 年 月 日 4. その他 理由 ()						

※添付書類については、HPをご覧ください。当組合までお問い合わせください。

支払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	刀がナ
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.	口座名義 (請求者名義のみ)

受 取 代 理 人 の 欄	申請者	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			記入日	年 月 日
		住所				受 付 印
	氏名					
	代理人	住所				
氏名						