

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		
	—		ワガナ ⑩		1.昭和 年 月 日 2.平成		
	住所				連絡先 ※日中連絡の取れる番号		
	〒 —						
	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)				1. 昭和 年 月 日 2. 平成	
	傷病名				発病または負傷年月日	平成 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 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 装着年月日 平成 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	ワガナ
	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	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日			
	申請者	住所	⑩	受付印
		氏名		
	代理人	住所	⑩	
氏名				