

立替払・治療用装具

・シャチハタ不可
・受取代理人の欄と
同じもの

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
123 - 4567	フリガナ ミナト ケンタ	港 健太	1. 昭和 47年7月18日 2. 平成
住所		連絡先 ※日中連絡の取れる番号	
〒140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405		090-1234-5678	
事業所	名称	所在地	
	芝浦港運株式会社	〒108 - 0023 東京都港区芝浦1-23-45	
受診者	1. 被保険者(本人) 2. 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	急性虫垂炎	発病または 負傷年月日	平成 29年8月20日
発病の原因および 経過(詳しく)	1. 病気 2. 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 出張中、急に激しい腹痛をおぼえ近くの病院を受診。 緊急手術を行い、そのまま入院となる。 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
	大阪総合病院	〒540-0008 大阪府大阪市中央区大手前1-2-3	田町 源
診療を受けた期間	入院・外来・調剤	平成 29年8月20日 ~ 29年8月26日	日数 7 日間
療養に要した 費用の額	378,560 円		
診療の内容	手術、投薬		
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 { }		

被保険者が記入する欄

※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 本店 支店	フリガナ
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	口座名義 (請求者名義のみ)

受取 代 理 人 の 欄	申請者	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405 氏名 港 健太	平成 29年9月15日
	代理人	住所 東京都港区芝浦1-2-3-45 氏名 芝浦港運株式会社 芝浦 涼介	振込依頼書にて 登録のもの

・シャチハタ不可
・被保険者氏名の欄と
同じもの登録
印