

(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・氏名		生年月日
123 - 4567	フリガナ ミナト ケンタ 港 健太	昭和 平成	47年7月18日
住所 〒140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405		連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号 090-1234-5678	
事業所	名称 芝浦港運株式会社	所在地 〒10 - 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 昭和 平成 令和 年 月 日
傷病名	急性虫垂炎	発病または 負傷年月日	平成 令和 31年1月5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 大阪総合病院	所在地 〒540-0008 大阪府大阪市中央区大手前1-2-3	診察した医師等の氏名 田町 源
診療を受けた期間	入院・外来・調剤 平成 令和	31年1月5日 ~ 31年1月26日	日数 7 日間
療養に要した 費用の額	37,860 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 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	フリガナ	
	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	申請者	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405 氏名 港 健太	記入日 1年5月15日
	代理人	住所 東京都港区芝浦1-23-45 氏名 芝浦港運株式会社 芝浦 涼介	登録印

・シャチハタ不可
・被保険者氏名の欄と
同じもの振込依頼書にて
登録のもの