

健康保険 被保険者
家族

療養費・療養附加金
(立替払・治療用装具等)

・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	昭和 平成	47年7月18日
住所		連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号	
〒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	〒10 - 0023 東京都港区芝浦1-23-45	
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
傷病名	左膝前十字靭帯損傷	発病または 負傷年月日	平成 令和 31年2月4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
	品川総合病院	〒140-0002 東京都品川区東品川3-2-1	田町 源
診療を受けた期間	入院・外来・調剤	平成 令和 31年2月4日 ~ 31年2月4日	日数 1 日間
療養に要した 費用の額	28,560 円		
診療の内容	装具装用		
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 31年2月15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
		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			