

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 2. 平成 昭和 47 年 7 月 18 日
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)	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)	港 保子	1. 昭和 2. 平成 昭和 47 年 3 月 21 日
傷病名	左膝前十字靭帯損傷	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	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 29 年 9 月 16 日 ~ 年 月 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)を作成した 装着年月日 平成 29 年 9 月 16 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	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。	平成 29 年 9 月 20 日
	代理人	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405 氏名 港 健太 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	港 登録印

・シャチハタ不可
・受取代理人の欄と
同じもの・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