

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	
—		フガナ ⑩		昭和 平成	年 月 日
住所			連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号		
〒 —					
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)		昭和 平成 令和 年 月 日		
傷病名			発病または 負傷年月日	平成 令和 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 国名 []	名称		所在地		診療した医師等の氏名
診療を受けた期間	入院・外来・調剤	平成 令和	年 月 日 ~	年 月 日	日数 日間
療養に要した 費用の額	() ※ () 内には通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)				
診療の内容					
受診者の情報	受診者は、現在、帰国されていますか 1. はい 2. いいえ → ・日本に帰国予定はありますか 平成・令和 年 月 頃 海外滞在の理由 ・渡航期間(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日) ・渡航目的、海外滞在の理由				
※ 使用 組合					
支払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	フガナ	
	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	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		記入日	年 月 日
	代理人	住所 氏名	住所 氏名	⑩ ⑩	受付印

※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。