

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等記号・番号 ※		被保険者(申請者)の氏名・印				生年月日				
	—		ツカガ 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	名称			所在地			診察した医師等の氏名				
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	円										
診療の内容											
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. 被保険者証又は資格確認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)を作成した為 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。か、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	ツカガ
	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	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			
	申 請 者	住所					⑩	受 付 印		
		氏名								
	代 理 人	住所					⑩			
氏名										