

※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 ㊟				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 (<small>詳しく</small>)	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	氏名	㊟	受付印	
	代理人	住所	氏名	㊟		