

※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。

被保険者等記号・番号 ※	被保険者(申請者)の氏名・印		生年月日	
123 — 4567	リカガ ミナト ケンタ 港 健太 ㊞		昭和 47 年 7 月 18 日 平成	
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		〒 108 - 0023 東京都港区芝浦1-23-45	
受診者	1. 被保険者 (本人) 2. 被扶養者 (家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名	生年月日	
傷病名	急性虫垂炎		発病または 負傷年月日	昭和 平成 令和 6 年 10 月 5 日
発病の原因および 経過(詳しく)	1. 病気 2. ケガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください 旅行中、急に激しい腹痛をおぼえ近くの病院を受診。 緊急手術を行い、そのまま入院となる。 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 6 年 10 月 5 日 ~ 6 年 10 月 5 日	日数	1 日間
療養に要した 費用の額	37,860 円			
診療の内容	手術、投薬			
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	リカガ
	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	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 6 年 12 月 1 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 ㊞	受付印