

※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	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	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	左膝前十字靭帯損傷	発病または負傷年月日 平成 6 年 10 月 5 日 令和	
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 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 品川総合病院	所在地 〒140-0002 東京都品川区東品川3-2-1	診察した医師等の氏名 田町 源
診療を受けた期間	入院 外来 調剤	平成 6 年 11 月 5 日 ~ 6 年 11 月 5 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 6 年 11 月 15 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	刀か+
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	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405 氏名 港 健太	記入日 6 年 12 月 1 日	受付印
	代理人	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		