

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	マイナンバー (記号番号が分からない場合は記入)									
	氏名	(フリガナ)							生年月日	昭・平・令	年	月	日
	住 所	〒 ー 都・道 府・県											
	事業所名称								電話番号 (日中の連絡先)	()			
								提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は ☒)				

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			口座名義区分

委 任 状	口座名義が代理 人の場合にご記 入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日	
		代理人 (口座名義人)	住所					
			氏名	被保険者との関係()				

申 請 内 容	受診者(どちらかに ☒)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		第三者行為に よるものですか ※	はい・いいえ		
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日 続柄()
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令	年	月 日
	発病又は負傷の 原因及びその経過 ※	原因					
		経過					
	診療を受けた病院等	名称					
		所在地			診療した医師の氏名		
	診療期間(支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)					
	上記期間に入院して いた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)					
	療養に要した費用	円	診療の内容				
療養の給付を受ける ことができなかった理由							

※傷病の原因が外傷性のけがの場合は、「負傷原因回答書」、
傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

注:記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。必ず記入漏れ等がないことをご確認のうえご申請ください。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--