

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒		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()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人		
	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		

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)	氏名	
			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 (けがの場合は、どこで どのように負傷されたか)	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。

※ 医療機関等の窓口で診療に要した費用の全額を自己負担している場合、受診された医療機関等から保険請求がないことを確認(受診された月から約2か月)後、お支払い(審査)となるため、お支払いまでお時間を要しますのでご了承ください。

受付日付印

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