

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要 ●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者（申請者）情報
被保険者等記号番号 記号 番号 従業員番号
事業所 会社名称 所属部署
氏名 (フリガナ) 確認欄
生年月日 昭和/平成 年 月 日 電話番号 (日中の連絡先)
住所 (〒 - ) 都道府県

申請内容
1 受診者 □被保険者 □家族(被扶養者)
家族の場合はその方の氏名 生年月日 昭和/平成/令和 年 月 日
2 傷病名 3発病または負傷年月日 平成/令和 年 月 日
4 発病の原因および経過 □病気 発病時の原因 □ケガ 「負傷原因届」を併せて提出
5 診療を受けた医療機関等の 名称 所在地 診療した医師等の氏名
6 診療を受けた期間 □平成/令和 年 月 日 から □平成/令和 年 月 日 まで 日数 日
7 装具等の装着について指示を受けた日 令和 年 月 日 8 装具装着日 令和 年 月 日
9 療養に要した費用の額 円
10 診療の内容

受取方法
1 □ 被保険者等の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、1236、1240
2 □ 被保険者等の記号1219の任意継続の方 → 登録口座へ振込み
3 □ 1、2以外の方 → 指定口座（被保険者名義）に振込み
指定口座
a. 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
b. 以下指定口座への振込を希望します
金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店
農協 漁協 本所 支所
その他 ( ) 支店コード ( ) 出張所
預金種別 □普通 □当座 □口座番号
口座名義

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

受付印 支払印