

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する口に✓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
保険証 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
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
2 傷病名 3 発病または負傷年月日
4 発病の原因および経過
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 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日数
7 療養に要した費用の額 円
8 診療の内容
9 療養費の支給申請の理由

受取方法
1 保険証の記号が以下事業所の方
2 被保険証の記号1219の任意継続の方
3 1、2以外の方
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

※「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

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付印 支払印