

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	保険証	記号	1 2 * *	番号	* * * * *	従業員番号	※事業主から指示があった場合のみ		
	事業所	会社名称	〇〇〇〇(株)		所属部署	〇〇工場 〇〇部			
	氏名	(フリガナ)	健康 太郎		確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1 年 10 月 10 日	電話番号 (日中の連絡先)	080 ( * * * * ) * * * *				
住所	(〒 * * * * - * * * * )	東京 〇 都道府県		日野市〇〇町1-1		△△マンション101			
申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（被扶養者）							
	家族の場合はその方の氏名	健康 花子		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2 年 2 月 2 日			
	2 傷病名	右膝関節靭帯損傷		3 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 年 2 月 1 日			
	4 発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気 → 発病時の原因			<input checked="" type="checkbox"/> 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	〇〇総合病院		所在地	東京都日野市△△2-2		診療した医師等の氏名	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 年 2 月 1 日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 年 2 月 15 日	まで	日数	5 日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	令和 2 年 2 月 15 日		8 装具装着日	令和 2 年 2 月 20 日				
	9 療養に要した費用の額	25,000		円					
	10 診療の内容	領収書に記載されている金額を記入							
	受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1	保険証の記号が以下事業主から 1211、1213、1217、1230、1234、 1236、1240 →本申請に基づく給付金に関する受領を 事業主へ委任※1（事業主経由で支給）		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 (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します				
<input type="checkbox"/> 2		被保険証の記号1219の任意継続の方 →登録口座へ振込み		b. 以下指定口座への振込を希望します					
<input type="checkbox"/> 3		1、2以外の方 →指定口座（被保険者名義）に振込み 3.を選択した場合、右記a、bどちらか記入		指定口座					
		金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )		支店 本所 支所 出張所				
		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号					
		口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入)						

※「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