

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏 名	フリガナ					

住 所	(〒)						
	都 道 府 県						
	TEL (日中の連絡先)						
	()						

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄	この届出については、①または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 記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。

委 任 状 欄	被保険者 （申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏 名	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
	(〒)	令和 年 月 日	
代理人 (健保口 口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	()	

受 取 口 座	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☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)
------------------	--------	--

「申請者記入用」は2 ページに続きます>>

【添付書類について】

- ・領収書（原本）
- ・「診療報酬明細書」または「調剤報酬明細書」を医療機関より取り寄せてください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付印

被保険者氏名

申請 内容	1 受診者	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）				
	1－①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	令和	年	月 日
	4 発病の原因および 経過（詳しく）	原因および経過 1. 病気 → 2. ケガ → 負傷原因届を合わせてご提出ください。				
	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	年 月 日	まで	
	6－①上記の期間に 入院していた場 合は、その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで	
	7 療養に要した費用	円				
	8 診療内容					
9 療養費の支給申請 の理由	1	1. 療養の給付を受けることができなかった理由				