

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
					☐ 昭和		
					☐ 平成		
	氏 名	フリガナ -----					
	住 所	(〒)					
		都 道 府 県					
		TEL (日中の連絡先) ()		☐	本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。)		

※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>>

※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。

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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
国名			
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	() 通貨単位を記入してください。（例：アメリカドル）		
8 診療内容			
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか ☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ↓ ↓ ↓ ↓ 海外在住の理由 ↓ (年 月 日 ~ 年 月 日) ・渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由		