

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 2 3	番号 4 5 6	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 8 0 1 0 1
	氏名・印	(フリガナ) ソウコ タロウ 倉庫 太郎		自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 100 - 1234 ) 東京都 江東区富岡1-1-1		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 ( 1212 ) 1212 090 ( 1234 ) 5678		

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( )	110	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ソウコ タロウ			口座名義の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	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。		平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 - ) TEL ( )		
	氏名・印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

申請内容	1 受診者	2 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	倉庫 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 48年 11月 30日
	2 傷病名	頸腕症候群	3 発病または 負傷年月日	平成 30年 10月 1日	
	4 発病の原因および経過 (ケガの場合は詳しく)	1	1. 病気 2. ケガ 病気またはケガの原因 腕の痛みとしびれがあったため通院した		
	5 診療を受けた医療機関等の (鍼灸院・整骨院等)	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
		江東鍼灸院	江東区富岡2-2-2	健保 一郎	
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数	5 日
		3 0 1 0 0 5	から 3 0 1 0 3 0	まで	
	7 療養に要した費用の額 (10割負担した領収書の額)	9,710 円			
	8 療養費の支給申請の理由	1	1. はり・きゅうの施術を受けたため ⇒同意書の添付がない場合は、項目9を記載して下さい 2. マッサージの施術を受けたため ⇒同意書の添付がない場合は、項目10を記載して下さい		
9 はり・きゅうの同意記録	※初療の日または再同意の日から6ヶ月を経過した場合は「同意書」の添付が必要となります。 同意期間内の請求は、病院・医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間等を下記に記載して下さい。 (加療期間については、医師から指示がある場合に記入)				
	同意を受けた医療機関	同意医師の氏名	同意年月日	傷病名	要加療期間
	富岡病院	富岡 二郎	H30.10.2	頸腕症候群	指示なし
10 マッサージの同意記録	※初療の日または再同意の日から6ヶ月を経過した場合は「同意書」の添付が必要となります。 同意期間内の請求は、病院・医師の氏名、同意年月日、要加療期間を下記に記載して下さい。 ※変形徒手矯正術の施術の場合は必ず同意書の添付が必要となります。				
	同意を受けた医療機関	同意医師の氏名	同意年月日	要加療期間	

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

11 同意欄

被保険者(申請者)氏名

倉庫 太郎

倉庫