

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	○被保険者等記号・番号 123 - 4567		○発病又は負傷年月日 〇年 〇月 〇日		○傷病名（医師の同意を受け） (例) リウマチ		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 昭・平・令	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		続 柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	○発症又は負傷の原因及びその経過 (例) リウマチにより間接に痛みが生じた		
		〇年 〇月 〇日生			○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 (持病のため)		
		本申請書の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。					
		令和 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 大阪府大阪市生野区〇〇町1-2-3 ロートグループ健康保険組合理事長 様 (申請者) 氏名 健保 太郎 Tel 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
委 任 欄	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名 代理人の住所 氏名 給付金の受領を被保険者以外の方に委託する場合のみご記入ください。						
振 込 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☑、利用しない場合は下記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、上記委任状で受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用できません。						
	〇〇〇〇	銀行 金庫・信組 農協・漁協	銀行コード 〇〇〇〇	預金種別 普通	当座		
	〇〇〇〇	本 店 支 店	支店コード 〇〇〇	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			
施 術 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	初 療 年 月 日	施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分		
	令						
	施 術 料	施術内容は施術者等へ記入を依頼してください。					
	往 来 施 術 料	※ただし、傷病名・日数・金額などが正しく記載されているかを 確認したうえでご提出ください。					
	施 通 往 料						
〇往療							
施 術 証 明 欄							
同 意 記 録							

組 合 使 用 欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	[受付印]
	給付判定	支給	一部不支給	不支給	
		理由：			