

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名 ○○○株式会社 ○○支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日 昭和 ●●年 ●●月 ●●日 平成
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都○○区○○町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345		
	社員番号	1234567	メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)	受診者氏名	健保 太郎
	傷病名	インフルエンザ	受診者の生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日 平成
	発病の原因および経過	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。		
	診療を受けた医療機関名称	○○医院	診療を受けた医療機関住所	福岡県○○市○○町○-○-○
	診療を受けた期間	令和 ●●年 ●●月 ●●日から 令和 ●●年 ●●月 ●●日から ●●日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	療養に要した費用	12,000 円	診療の内容	診察および投薬を受けた
	療養費の支給申請の理由(該当に○)	1. 入社したばかりで被保険者証が届いていなかったため 2. 被保険者証を持っていなかったが急病でやむを得ず医療機関にかかったため 3. 以前の被保険者証を使用したため 4. その他()		
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ はい	業務上、通勤途上によるものですか	いいえ はい	

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	日付	令和 ●●年 ●●月 ●●日
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	被保険者(申請者)	氏名 健保 太郎
		代理人(実際に給付を受領する者)	氏名

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード	任意継続被保険者・退職者以外は、 委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、 振込先情報欄にご記入ください。	本店 支店
	金融機関名称		
	預金種別 普通 ぞ 当座 ()		

【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※レセプトの添付が不可能な場合は2枚目の領収(診療)明細書に医師の証明をもらってください。
- 領収書(原本)

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	受付日付印
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

