

被保険者記入欄	被保険者証等の記号番号	記 号 ○	番 号 ○○○○○	被保険者(申請者)氏名	健保 太郎														
	社員番号	○○○○○			所属会社名及び部署名	株式会社○○○○ ○○○部													
	被保険者(請求者)住所	〒 ○○○ - ○○○○ 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1-2-3 イースト 123号室 日中連絡のとれる連絡先 ○○ (○○○○) ○○○○																	
	療養を受けた者の氏名	フリガナ ケ ン ボ ハ ナ コ 健保 花子 男・女 女			続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭 平 和		5	0	0	8	3	1
	発病又は負傷年月日	平成 28 年 11 月 10 日			傷病名	脳出血による筋肉麻痺													
	発症又は負傷の原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無														
	脳出血による後遺症				1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他														
支払金融機関	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください																		
	金 融 機 関 名				預金の種類		口座番号		○○○○○○○○										
	三井住友 銀行 飯田橋 本店 支店 出張所 1. 普通 2. 当座						口座名義(カナ) (被保険者名義)		ケンボ タロウ										
施術内容欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間						実日数		請 求 区 分								
	年 月 日		自・ 年 月 日 至・ 年 月 日						日		新 規 ・ 継 続								
	傷病名又は症状										転 帰								
											継続・治癒・中止・転医								
											要								
施術証明欄	上記のとおり										29 30 31								
	免許登録番号										者所在地								
備考																			
同意記録	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間										
					年 月 日														

備考	個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)		
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し		

受付日付印