

記入例

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右つめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>			
	氏名・印	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>		
	住所	(〒	-)	<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)								

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 本所
		<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 支所
		<input type="checkbox"/> 信組	()	<input type="checkbox"/> 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通	<input type="checkbox"/> 3.別段	口座番号	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> 2.当座	<input type="checkbox"/> 4.通知		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。)				
	<input type="text"/>				

「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を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

(元.5)

受付日付印

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)

1. 病気 2. ケガ 3. その他 ()

(原因および経過)

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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--

から

年 月 日

--	--	--	--	--

まで

日数

日

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

日数

日

7 眼鏡等の装着について
指示を受けた日

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--

8 眼鏡等購入日
(装着日)

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

6

6. 小児治療用眼鏡およびコンタクトレンズを作成したため