

資格取得日	年 月 日
証交付日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日

※申請書は黒のボールペン（消えないペン）でご記入ください。

◎ 国民健康保険及び自費診療で受診したときは、領収書と診療報酬明細書を添付してください。
 ◎ 治療用装具の請求は、領収書と傷病治療のため装着が必要と認める医師の証明書を添付してください。
 ◎ 自己の希望により保険医療機関外で治療等を受けた場合は、療養費の対象となりません。

◎ この請求書に記載されている個人情報（支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません）

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	記号	事業所名（または勤務していた事業所名）		
		番 号			
	被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
	対 象 者 氏 名 <small>※被扶養者(家族)の 申請の場合のみ記入</small>	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
	被 保 険 者 (申 請 者) 現 住 所	〒	—	自宅電話	携帯番号
	傷病名			発病・負傷の年月日	令和 年 月 日
	診 療 (治 療) 内 容			療養の給付を受けること が出来なかった理由	
	発病又は負傷の原因 およびその経過				
	診療を受けた 医療機関等の	所 在 地 名 称	医 師 名		
	治療用装具の装着日	令和 年 月 日	診療に要した費用	円	
診療期間は 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 → まで・現在治療中					
診療期間のうち入院期間は 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 → まで・入院中					
傷病が第三者の行為 によるものですか		ア はい イ いいえ			

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
	被保険者（申請者）氏 名 住所 代理人の 氏名

☆受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入してください。

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード				支 店 番 号			
		銀行 金庫		本店 支店				
	口 座 番 号	普通・当座						
	口 座 名 義 (カタカナ)							

受付日付印

- ★自費診療の場合に添付する「領収明細書」は、暦月ごと、入院・通院ごとに作成してください。
- ★外傷性傷病（ケガ等）は、負傷原因を詳細にご記入ください。
- ★負傷の原因が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

全日本理美容健康保険組合