

「被保険者記入用」は2ページに続きます。

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	☐ 1. 昭和 年 月 日 2. 平成 3. 令和
	② 傷病名		③ 発病または負傷年月日	☐ 1. 平成 年 月 日 2. 令和
	④ 発病の原因および経過（詳しく）	☐ 1. 病気（原因および経過） 2. ケガ → 別紙「負傷原因届（※HPにあり）」を併せてご提出ください。		
	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	☐ 1. 平成 年 月 日 2. 令和	☐ 1. 平成 年 月 日 2. 令和	日数
	⑥-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間	☐ 1. 平成 年 月 日 2. 令和	☐ 1. 平成 年 月 日 2. 令和	日数
⑦ 療養に要した費用の額	円			
⑧ 診療の内容				
⑨ 療養費の支給申請の理由	☐ 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いてなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他（理由）			