

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号 (右つめ)	記号	番号	枝番	マイナンバー	
		1 2 3	4 5 6	0 0	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2	
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ	被保険者とは、お勤めされ保険料をご負担されている方を指します。被扶養者の方の名前を記入しないよう注意してください。			生年月日
		倉庫 太郎			昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	
					4 8 0 1 0 1	
住所	〒 100 - 1234				マンション・アパート名まで記入してください。	
電話番号	自宅	03 (1234) 5678	東京	江東区富岡1-1-1	ライオンズマンション503	
	携帯	090 (9876) 5432				
委任選択欄	申請書の審査	組合からの問い合わせ並びに決定通知書の送付先をお選びください。			方法について選択してください	
	1	1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)				

振込先指定口座	金融機関名称	ゆうちょ	銀行 (銀行) 金庫 (金庫) 信組 (信組) 農協 (農協) 漁協 (漁協) その他 ()	108	本店 (本店) 支店 (支店) 出張所 (出張所) 本所 (本所) 支所 (支所)
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6 ※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。
	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。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分
		ソウコ タロウ			

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人(口座名義)	住所 (〒) (フリガナ) 氏名	申請者との身分関係
	被保険者(上記でいう太郎さん)以外の口座を記入された場合は、こちらの「受取代理人の欄」に被保険者と代理人の署名が必要となります。 ※配偶者の方も代理人にあたります、署名漏れがないようご注意ください。		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

申請内容	1 受診者	2 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	倉庫 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 48 年 11 月 30 日									
	2 傷病名	頸腕症候群		3 発病または負傷年月日	R5 年 5 月 1 日									
	4 発病の原因および経過 (ケガの場合は詳しく)	1 1. 病気 2. ケガ	ケガの場合は、いつ、どこで、何を、どこを、どのように負傷したか記入											
	5 第三者行為の該当・非該当	2 1. 該当 2. 非該当	第三者の行為とは、おケガの原因が交通事故などで相手がいる場合を指しますので、その際は「1.の該当」を、転倒や自損事故などは「2.非該当」になります。											
	6 診療を受けた医療機関等の (鍼灸院・整骨院等)	名称	江東鍼灸院	所在地	江東区富岡2-2-2									
	7 診療を受けた期間	R5 年 5 月 2 日から R5 年 5 月 28 日まで 日数 5 日												
	8 療養に要した費用の額 (10割負担した領収書の額)	9,710		施術を受けた最初の日と最後の日を記入してください。日数は施術を受けた日数を記入してください。(注)月をまたいでの記入はできません。										
	9 療養費の支給申請の理由	1 1. はり・きゅうの施術を受けたため ⇒同意書の添付がない場合は、項目10を記載して下さい 2. マッサージの施術を受けたため ⇒同意書の添付がない場合は、項目11を記載して下さい												
	10 はり・きゅうの同意記録	<p>※初療の日または再同意の日から6ヶ月を経過した場合は「同意書」の添付が必要となります。 同意期間内の請求は、病院・医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間等を下記に記載して下さい。 (加療期間については、医師から指示がある場合に記入)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>同意を受けた医療機関</th> <th>同意医師の氏名</th> <th>同意年月日</th> <th>傷病名</th> <th>要加療期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>富岡病院</td> <td>富岡 二郎</td> <td>R5.5.1</td> <td>頸腕症候群</td> <td>指示なし</td> </tr> </tbody> </table>				同意を受けた医療機関	同意医師の氏名	同意年月日	傷病名	要加療期間	富岡病院	富岡 二郎	R5.5.1	頸腕症候群
同意を受けた医療機関	同意医師の氏名	同意年月日	傷病名	要加療期間										
富岡病院	富岡 二郎	R5.5.1	頸腕症候群	指示なし										
11 マッサージの同意記録	<p>※初療の日または再同意の日から6ヶ月を経過した場合は「同意書」の添付が必要となります。 同意期間内の請求は、病院・医師の氏名、同意年月日、要加療期間等を下記に記載して下さい。 ※変形徒手矯正術の施術の場合は、毎回</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>同意を受けた医療機関</th> <th>同意</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>同意書が添付されている月は記入を省略し、同意日から6ヵ月以内の申請で同意書がない月の場合に記入してください。</p>				同意を受けた医療機関	同意								
同意を受けた医療機関	同意													