

被保険者氏名			
申請内容	① 受診者	☐ 1.被保険者 ☐ 2.被扶養者	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 工作中（業務上）、通勤途中の傷病ですか	☐ 1.はい → ☐ 2.いいえ	労災に該当するときには申請できません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。
	⑤ 傷病の原因は第三者の行為（交通事故やケンカ等）によるものですか。	☐ 1.はい ☐ 2.いいえ	「1.はい」の場合は当組合までお問い合わせください。
	⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称		
	⑥-2 ⑥ 診療を受けた医療機関等の所在地		
	⑥-3 診療した医師等の氏名		
	⑦ 診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
	⑧ 療養に要した費用の額	円（右づめ）	
	⑨ 診療の内容		
⑩ 療養費申請の理由	☐ 1. 被保険者証を持参できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため ☐ 2. 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を返還したため ☐ 3. その他（理由）		

※本申請書以外に添付書類が必要です。詳細は記入上のご注意（別紙記入例の1ページ目）をご覧ください。