

被 保 険 者 欄	被保険者証の (左づめ)	記号 [ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	氏名 (フリガナ) -----
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 ( ) 内線 ( )
	会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。		

申 請 内 容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	1-①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または 負傷年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <small>原因および経過</small> <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因(以下のいずれかの中から選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 [ ]		
	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
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 [ ][ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日	から	<input type="checkbox"/> 平成 [ ][ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日
	6-①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 平成 [ ][ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日	から	<input type="checkbox"/> 平成 [ ][ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日
	7 療養に要した費用の額	( )通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)		
	8 診療の内容			
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ ↓ 海外在住の理由 [ ] ・渡航期間( [ ]年 [ ]月 [ ]日 ~ [ ]年 [ ]月 [ ]日) ・渡航目的 海外滞在の理由 [ ]			

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印