

◎この申請書に記載されている個人情報 は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 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証	記号 3001	事業所名 (または勤務していた事業所名) (株) 東食商店		
		番号 123			
	被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ トウショク 氏 東食	名 ハナコ 花子	(印) ※	
	被保険者 (申請者) 現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都台東区上野〇-〇-〇			
	傷病名	インフルエンザ	発病・負傷の年月日	令和2年5月20日	
	発病又は負傷の原因 及びその経過	不詳	療養の給付を受けること が出来なかった理由	具体的理由をご記入ください	
	診療 (治療) 内容	投薬加療			
	診療を受けた 病院等の	所在地 〇〇〇	名称 〇〇〇	医師名	〇〇〇〇
	治療用装具の装着日	令和 年 月 日	診療に要した費用	20,190 円	
	① 診療の期間は 令和 2 年 5 月 20 日 から 令和 2 年 5 月 20 日 → まで・現在治療中				
① の期間で入院期間は 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 (第三者の氏名と住所 →) イ いいえ				
療養が被扶養者に関する 請求である時はその者の	フリガナ 氏 名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生		

◎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。
 ◎治療用装具の申請は、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。
 ◎国民健康保険及び自費診療で受診したときは、同意書・パスポートの写し、航空券や査証等の写し、診療内容明細書・領収明細書 (日本語翻訳文つき) を添付してください。

注意事項	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主 (代理人) に委任します。
受取代理人の欄 ◎金融機関コードは必ず記入してください。 ◎※の印欄は同一印をご使用ください。	被保険者 (申請者) 氏名 東食 花子 (印) ※
	事業所所在地 東京都品川区北品川〇-〇-〇
	事業主 (代理人) 事業所名 (株) 東食商店
	事業主名 東食 太郎 (印)

★退職後の請求は、「支払金融機関欄」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	
	普通・当座	銀行・金庫	支店・本店
	口座番号	フリガナ 氏 名	
		口座名義	

- ★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。
- ★捻挫・骨折等外傷性傷病は、「負傷原因届」を添付してください。
- ★負傷の原因が第三者によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

受付日付印

東京都食品健康保険組合