

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒 —		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		
		口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人	

委 任 状	口座名義が代理人 の場合にご記入 ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名
		代理人 (口座名義人)	住所
			氏名 被保険者との関係()

申 請 内 容	施術された方	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄()	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日		
	発病又は負傷の 原因及びその経過	原因				
		経過				
	施術を受けた施術所	名称	施術者氏名			
		所在地	施術に要した費用	円		
	施術期間(支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)				
	同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	同意医師					
再同意医師						

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

全国信用保証協会 健康保険組合

全国信用保証協会 健康保険組合

はり師・きゆう師記入欄

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。