

被 保 険 者 記 入 欄	社員番号	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	フリガナ	ハナツバキ タロウ		
	被保険者等	記号	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	被保険者氏名	花椿 太郎	
		番号	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
	資格取得日	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 令 <input type="radio"/> 平	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	資格喪失日	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
	療養が被扶養者のときはその者の氏名	花椿 一郎	続柄	長男	生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
	傷病名	インフルエンザ			発病または負傷年月日	令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
	発病または負傷の原因およびその経過	旅行先で発熱し、緊急に病院で治療を受けた			第三者行為によるものか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
	診療を受けた医療機関	名称	〇〇病院			
		住所	〇〇県 〇〇〇 〇〇 〇—〇		TEL	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
	診療を受けた期間	令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日から 令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日まで	1 日間	装具装着日	令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	
入院・外来の別	<input type="radio"/> 入院 <input checked="" type="radio"/> 外来	治療に要した費用の額	5,000 円			
申請理由 及び 添付書類 右記該当するものに ●をして、添付書類を同封して提出してください 添付書類は全て原本をご提出ください	<input checked="" type="radio"/> 緊急やむを得ず10割自費 <input type="radio"/> 以前加入の健康保険使用による受診 <input type="radio"/> 保険診療扱いとなっていない療養のため(治療用装具・治療用眼鏡等の作成)					
	<input type="radio"/> 医師の作成指示書 ◎領収書と明細書(原本) ◎靴型装具の写真 ※靴型装具の写真の詳細については、ホームページをご参照ください。 http://www.shiseidokenpo.or.jp/member/application/refund_b.html					
	<input type="radio"/> 保険診療扱いとなっていない療養のため(はり・灸・マッサージ) ◎診療明細書と医師の施術同意書と領収書(原本)					
	<input type="radio"/> 添付書類が不足している ◎領収書(原本) ◎医療機関発行の「診療報酬明細書(レプト)」 ※領収書と一緒に発行される「診療明細書」は添付不可(傷病名等の記載がなく、詳細を確認できないため)					
在職者の方	委任状 上記給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日					
	被保険者住所	東京都 〇〇〇〇 〇〇〇 〇—〇—〇				
	被保険者氏名	花椿 太郎				
退職者の方	振込先	<div style="border: 2px solid orange; padding: 10px; text-align: center;"> <p>記入不要 (退職後の請求の場合のみ記入してください。)</p> </div>				
事業主記入欄	上記請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。 令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日				受付印	
	所在地	<div style="border: 2px solid orange; padding: 10px; text-align: center;"> <p>在籍者の方は事業主の証明が必要です</p> </div>				
	事業所名					
	事業主名					