



被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1-1 家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和  平成

年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

平成 年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(平成) 年 月 日

(平成) 年 月 日

 から 

まで

日数

日

6-1 上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

(平成) 年 月 日

(平成) 年 月 日

 から 

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

円

8 診療の内容

9 療養費の支給申請の理由

1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため
2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため

9. その他 (理由)

様式番号

6 6 1 2 1 8