

被保險者（申請者）情報

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者(申請者)情報 | 記号・番号 | 記号 (左づめ) | | | | | | | | | | | | | | | | 番号 (左づめ) | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 記号・番号 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | <div><div>1.昭和</div><div>2.平成</div><div>3.令和</div></div> <div><div></div><div></div></div> 年 <div><div></div><div></div></div> 月 <div><div></div><div></div></div> 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | 記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 (カタカナ) | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※申請者はお勤めされている (いた) 被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 (ハイフン除く) | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 (左づめハイフン除く) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | <div><div>都</div><div>道</div><div>府</div><div>県</div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------|--|-------------------|--|
| 振込先指定口座 | 公金受取口座の利用について <div> <input type="checkbox"/> </div> | 1.希望する 2.希望しない | 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は 不要 です。 |
| | 公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。 | | |
| 金融機関名称 | <div> <div>銀行</div> <div>金庫</div> <div>信組</div> <div>農協</div> <div>漁協</div> </div> | | 支店名 <div> <div>本店</div> <div>支店</div> <div>代理店</div> <div>出張所</div> <div>本店営業部</div> <div>営業部</div> <div>本所</div> <div>支所</div> </div> |
| 預金種別 | <div> <div>1</div> </div> 普通預金 | 口座番号 (左づめ) | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

| | | | |
|---|--------------|--|---|
| MN確認 (被保険者) | | <input type="checkbox"/> 1. 記入有 (添付あり) <input type="checkbox"/> 2. 記入有 (添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入無 (添付あり) | |
| 添付書類 | 領収書 | <input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備 | |
| | 医師 証明書等 | <input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備 | 装着 指示日 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 写真 (靴型装具) <input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備 |
| | 戸籍 (法定代理) | <input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備 | 口座証明 <input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備 |
| 申請内容 | 装具種類 | <input type="checkbox"/> 1. コルセット等 <input type="checkbox"/> 2. 眼鏡等(弱視) <input type="checkbox"/> 3. 眼鏡等(弱視以外) <input type="checkbox"/> 4. 弾性着衣 <input type="checkbox"/> 5. 靴型装具 | |
| | 弾性着衣 種類 | <input type="checkbox"/> 1. ストッキング(両足) <input type="checkbox"/> 2. ストッキング(片足) <input type="checkbox"/> 3. スリーブ <input type="checkbox"/> 4. グローブ <input type="checkbox"/> 5. 包帯(上肢) <input type="checkbox"/> 6. 包帯(下肢) | 弱視用 眼鏡 <input type="checkbox"/> 1. 掛け眼鏡式 <input type="checkbox"/> 2. 掛け眼鏡式(高倍率) <input type="checkbox"/> 3. 焦点調整式 |
| 弾性着衣 対象病名 <input type="checkbox"/> 1. リンパ浮腫治療 <input type="checkbox"/> 2. 難治性潰瘍治療 | | 弾性着衣 購入枚数 <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 6 6 1 1 1 2 0 3 | | その他 <input type="checkbox"/> 1. その他 | 枚数 <input type="text"/> <input type="text"/> |

受付日付印

2 / 2