

療養担当者が記入するところ

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	1 健保 太郎		1	1.平成 2.令和	1 ! 記入漏れ注意 患者氏名を記入してください。
	傷病名	(1) 鎖骨骨折	初診日 (療費の給付開始年月日)	(1)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	
		(2)	(2)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和		
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	発病または負傷の原因	2	1.平成 2.令和	2 ! 記入漏れ・誤り注意 労務不能と認めた日数の記入漏れにご注意ください。証明日以前の期間をご記入ください。
	労務不能と認められた期間	2 1.平成 2.令和	0 1 1 1 0 1 か 3 0 日まで	2	1.平成 2.令和	

を装着したとき	<input type="checkbox"/> 3.令和	人工透析	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>
上記のとおり相違ありません。	3	年	月	日	2 1.平成 2.令和
医療機関の所在地	宇都宮市〇〇1-1		0 1 1 1 3 0		
医療機関の名称	〇〇総合病院				
医師の氏名	保険 太郎		3 ! 記入漏れ・誤り注意		

「療養担当者が記入するところ」の記入内容を訂正する場合は、**二重線で抹消のうえ、医師の印にて訂正印を押印**してください。また、訂正には修正液等を使用しないでください。

【医師の証明日】は、**2**【労務不能と認められた期間】以降の日付をご記入ください。

振込先口座のご指定について

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	めでご記入ください。
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空)	名義区分 <input type="checkbox"/> 1.被保険者 2.代理人

①[本店][支店]の選択誤りにご注意ください。
②ゆうちょ銀行をご指定の場合は、漢数字3ケタの支店名となります。

●被保険者（申請者）**以外**の口座を指定した場合は、【受取代理人の欄】の記入が必要です。
※押印の省略はできませんのでご注意ください。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	年 月 日
		氏名・印 健保 太郎	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	TEL(ハイフン除く)	被保険者との関係	

代理