

(注意事項)

○コルセット等の治療用装具を装着したときは、医師の「意見書」・「装具装着証明書」・領収書（原本）を添付のこと。
 ○診療費の立替払いをしたときは、「診療報酬明細書」に準じる明細と領収書（原本）を添付のこと。
 ○記載事項を訂正した場合はその箇所に押印のこと。

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--|-------------|----|--|----------|----------------|--|----------------------|----------------|--|--|
| 被保険者証 記号・番号 | 記号 | | | 番号 | | | 被保険者氏名 | | | 生年月日 | | |
| | | | | | | | | | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 事業所名 | 被保険者の個人番号 (記号番号記入の場合は不要) | | | | | | | | | | | |
| 療養が被扶養者に 関するとき | 被扶養者氏名 | | 生年月日 | | | 被保険者との続柄 | | | 昭和 平成 令和 年 月 日 | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | 発病または 負傷年月日 | | 平成 令和 年 月 日 | | | |
| 発病または 負傷の原因 | (いつ、どこで、何をしていた、どうなったのかを詳しく記述してください) | | | | | | | | | | | |
| 診療または手当を 受けた医療機関 | 名称 | | 診療した 医師名 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 診療の内容 治療用装具名 | 入院・入院外の別 | | | | | | 入院 ・ 入院外 | | | | | |
| 診療の期間 | 年 月 日から 年 月 日 日間 | | | | | | 医療に要した 費用 | | | 円 | | |
| 装具装着年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 保険診療を受けられ なかった理由 | (但し装具装着の場合は不要) | | | | | | | | | | | |
| 第三者の行為により 負傷したとき | 負傷状況 | | | | | | | | | | | |
| | 加害者氏名 | | 住所 | | | | | | | | | |

三重県農協健康保険組合 御中

年 月 日

上記給付金を申請いたします。

(〒 -)

住所 _____

被保険者 (請求者) 氏名 _____ 印

【振込先口座】

農協 本店 普通 当座

銀行 支

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座番号※ | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先口座名 (カタカナ) | | | | | | | | | | | | | | |

※口座番号は右詰で正確に記入してください。