

被保険者申請者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者の (右つめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名・印	(フリガナ)			<input type="text"/>		
	住所	(〒	—	)	都	道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	府	県		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(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。)	
口座名義の区分		<input type="checkbox"/>	1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。	令和	年	月	日
	氏名・印	<input type="text"/>	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 — ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名・印	委任者と代理人との関係			

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(元.5)

受付日付印

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 )				
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和	年	月	日	続柄( )
	傷病名					
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日	令和	年	月	日	
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有(氏名 )・ <input type="checkbox"/> 無				
	移送に要した費用の額	〒	-		円	
	第三者行為によるときはその事実					
	第三者の氏名及びその住所	氏名				
	〒 -					

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由				
	付添を必要と認めた理由				
	移送経路				
	移送方法				
	移送年月日				
	上記のとおり相違ありません。	令和	年	月	日
	住所	〒	-		
医師または歯科医師の	氏名				
	〒 -				