

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
				電話番号 (日中の連絡先)	()
	住 所	〒		—	提出委任

振 込 先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	—	
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種別	普通・当座・その他 ()	
	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)			
			口座番号		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の高額療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

委 任 状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係 ()

申 請 内 容	施術された方	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ		
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄 ()		
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日 午前・午後 時頃			
	発病又は負傷の 原因及び状況 (けがの場合は、どこで どのように負傷されたか)	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他 ()				
		場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他 ()				
		原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他 ()				
		状況	具体的に詳しく				
	施術を受けた施術所	名称	施術者氏名				
		所在地	施術に要した費用		円		
	施術期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)					
同意記録	氏名	医療機関名 医療機関住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
同意医師							
再同意医師							

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、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。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

東京都農林漁業団体健康保険組合

はり師・きゆう師記入欄