

太枠内の項目はすべて記入してください。

従業員本人の口座を記入(申請者のみの口座)被扶養者(家族)の口座には振り込みができません。

下記申請理由1~3のいずれかに該当するため、関係書類を添えて下記のとおり申請してください。なお、自治体、医療機関の照会及び提供を行う

保険証上部を確認し、記入してください(0623からはじまる保険者番号ではありません)

Insurance and personal information form including fields for insurance ID, insured name, spouse name, birth date, and health insurance details.

Bank transfer information form including bank name, branch, account number, and account type.

Contact information form including phone number, email, and workplace details.

支給決定通知書の送付先となります

該当箇所に○ 健康保険の治療回数終了している場合、治療終了日の記入も必要です。

Application reasons and subsidy details form, including reasons for application and subsidy amounts from local governments.

自治体等からの助成金がある場合、該当項目への記入が必要です。自治体からの支給決定通知書の写しの提出もあわせて添付が必要です。

添付書類の確認

- Checklist for attachments: household register, local government subsidy notification, and medical certificates.

処理欄 治療開始年齢 歳、健康保険請求確認 回 (~) レセ確認日 / 2022年5月改訂

健保処理欄