

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	〇〇病		3 発病または負傷年月日 令和 3 年 4 月 1 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1. 病気 原因および経過を詳しく記入してください 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		△△病院	東京都港区〇〇×-×-×	□□□□
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	から <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	1 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
	<input type="text"/>	から <input type="text"/>	日	
7 療養に要した費用の額	0,000 円			
8 診療の内容	診療内容について記入してください			
9 療養費の支給申請の理由	1. マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者資格情報を提示できなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者資格を使用したため <input type="checkbox"/> 2 9. その他 (理由)			