

被保険者証		所属名(店部名)	会社名	被保険者(申請者)の氏名・フリガナ	
(記号)	(番号)			(フリガナ)	
				(氏名)	
被保険者(申請者)の住所・電話番号					被保険者の生年月日
〒 - (日中連絡の取れる区)					昭和・平成・令和
					年 月 日

本人記入欄

請求する対象者が被保険者(申請者)と異なる場合は、対象者の氏名・生年月日・続柄 ※被保険者と同一の場合は記入不要

(氏名)	(生年月日) 昭和・平成・令和 年 月 日	(続柄)	
傷病名	発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日	(負傷時間) AM・PM 時頃
発病・負傷の原因を詳しく記入			
負傷の原因	(加害者がいる) <input type="checkbox"/> はい→ 「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。 <input type="checkbox"/> いいえ	負傷したとき <input type="checkbox"/> 通勤途中だが長時間買い物等した帰り <input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中	<input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 私用外出中 <input type="checkbox"/> その他
診療を受けた医療機関	(名称) (所在地)	診療内容	
診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	診療に要した費用の総額 金 円
装具の場合領収日	令和 年 月 日	装具の場合領収金額	金 円
保険証で治療を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証の交付を受ける前、また旅行先等で自費で診療を受けたため <input type="checkbox"/> 治療用装具・眼鏡・弾性着衣等を医師の指示で購入したため <input type="checkbox"/> 他の保険証を使って診療を受けたため <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ・鍼灸の施術費用を支払ったので償還請求をするため		
照会・委任・振込み口座に関する同意欄	私は、療養費(付加金)申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、療養費(付加金)請求に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。 <input type="checkbox"/> 他の給付金同様、療養費(付加金)の振込口座は給与口座を希望します。 ※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの時間が短縮できます。 <input type="checkbox"/> 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。 注1) 口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。 注2) 給与口座情報を希望した場合は☑不要です。		
	銀行・信組 金庫・農協 (金融機関コード □□□□)	支店 出張所 (店番号 □□□□)	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 フリガナ 口座名義

治療用装具を必要とする医師の意見書記入欄 ※医師の指示書・診断書を別紙でもらっている場合は下の証明は不要です。

患者氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
傷病名	初診年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
意見内容			
今回の治療用装具等の装着を認めた日	令和 年 月 日	今回治療用装具等を装着した日	令和 年 月 日
上記とおりの相違ありません 令和 年 月 日			
医療機関名称 医療機関所在地 担当医師名			
申請書に保険証の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく被保険者の個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類(①②)両方必要です。 ①身元確認用・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し ②個人番号確認用・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し			