

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	1 2 5 0	番号	0 0 0 0 0 1	生年月日	年	月	日
	被保険者証の（右づめ）				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0 8 0 2
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎						
	住所	(〒 350 - 0001)			埼玉県	川越市〇〇1-1-1		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001			都道府県	〇			
<input checked="" 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□にレ）								

振込先指定口座	金融機関名称	健康信用	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	1	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号		
	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。） ケンポ゜ タロウ		口座名義の区分		
				1 2 3 4 5 6	左づめでご記入ください。	1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

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	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 ()	委任者と代理人との関係		
		住所			
	氏名	(フリガナ)			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4
被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) アキレス腱断裂 2) 3)	2 発病または負傷年月日	令和 1 年 6 月 15 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	(令和) 年 月 日 から 日数 16 日間 0 1 0 6 1 5 0 1 0 6 3 0 まで		
	5 あなたの仕事の内容（具体的に） （退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容）	総務担当		

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額 令和 年 月 日 まで 円		
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ 2. 障害手当金		
	2-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	基礎年金番号	年金コード
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	年金額 円
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 年齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。受給している場合、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ			
3-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード		
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年金額 円	
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ			
4-① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署			
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

「事業主記入用」は3ページに続きます。 >>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名 健保 太郎				
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。				
	令和 1 年 6 月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ 計			
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計			
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計			
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？	<input checked="" type="checkbox"/> はい			
		<input type="checkbox"/> いいえ			
	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給			
		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給			
	賃金計算	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他			
締日		日			
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。					
支給した(する)賃金内訳	期間	6月 1日 ~ 6月 30日分	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 基本給の欠勤控除計算 220,000円÷22日×7日 =70,000円 通勤手当の欠勤控除計算 なし
	区分	単価	支給額	支給額	
	基本給	220,000	150,000		
	通勤手当	10,000	10,000		
	居住手当				
	扶養手当				
	手当				
	現物給与				
計	230,000	160,000			
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 1 年 7 月 21 日	担当者氏名	健康 良子	
事業所所在地	〒100-0001 東京都港区〇〇1-1-1				
事業所名称	株式会社 健康				
事業主氏名	代表取締役 健康 良夫	電話	03 (0001) 0001		

記入例

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

記入例	氏名 協会 太郎				
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。				
	平成 26 年 4 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計			
	平成 26 年 5 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計			
	平成 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計			
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？	<input checked="" type="checkbox"/> はい			
		<input type="checkbox"/> いいえ			
	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給			
		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給			
	賃金計算	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他			
締日		15 日			
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。					
支給した(する)賃金内訳	期間	4月16日 ~ 5月15日分	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 基本給:欠勤控除あり 300,000円÷20日×11日 =165,000円 通勤手当:欠勤控除なし 12/25 6か月定期券代 (1月~6月分)として 120,000円支給 住居手当:欠勤控除なし
	区分	単価	支給額	支給額	
	基本給	300,000	135,000		
	通勤手当	120,000			
	居住手当	20,000	20,000		
	扶養手当				
	手当				
	現物給与				
計	440,000	155,000			
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 26 年 5 月 21 日	担当者氏名	〇〇 〇〇	
事業所所在地	東京都千代田区△△1-1				
事業所名称	〇〇株式会社				
事業主氏名	健保 三郎	電話	03 () () () ()		

【被保険者の方へ】

① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

② 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。

③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

⑤ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	健保 太郎	
	傷病名	(1)	アキレス腱断裂
		(2)	
		(3)	
	発病または負傷の年月日	令和 1 年 6 月 15 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷
	労務不能と認められた期間	令和 1 年 6 月 15 日から 令和 1 年 6 月 30 日まで 16 日間	発病または負傷の原因
うち入院期間	令和 1 年 6 月 15 日から 6 日間 令和 1 年 6 月 20 日まで 入院	療養費用の別	
診療実日数	10 日	6 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
		7 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
		8 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日	令和 1 年 6 月 16 日
6月15日初診。検査結果によりアキレス腱断裂と診断。6月16日手術し、ギプスによる固定。その後リハビリが必要。		退院年月日	令和 1 年 6 月 20 日
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
術後の痛み、浮腫があること、また、足を地面につけることができないため、上記期間、労務不能と判断した。			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	人工臓器等の種類
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()
上記のとおり相違ありません。		令和 1 年 7 月 30 日	
医療機関の所在地	埼玉県朝霞市〇〇1-1-1		
医療機関の名称	埼玉しんきん病院		
医師の氏名	埼玉 次郎	電話	048 (001) 0001

記入例

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

1	患者氏名	協会 太郎	
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折	
		(2)	
		(3)	
3	療養の給付開始年月日(初診日)	平成 26 年 4 月 22 日	
	発病または負傷の原因	左肩部強打	
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日	
	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間	
5	診療実日数	4 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
		5 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
		6 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日	平成 年 月 日
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。		退院年月日	平成 年 月 日
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	人工臓器等の種類
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()
上記のとおり相違ありません。		平成 26 年 5 月 22 日	
医療機関の所在地	東京都品川区△△1-1		
医療機関の名称	〇〇総合病院		
医師の氏名	保健 五郎	電話	03 (△△△△) △△△△

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
- 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

<初回申請時提出>

埼玉しんきん健康保険組合 理事長殿

給付に関する同意書

私は、健康保険法に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、審査上照会が必要な場合に埼玉しんきん健康保険組合が本人、医療機関、事業所、日本年金機構、労働基準監督署等に対し、給付履歴・診療履歴・年金等に関する情報の照会・依頼を行い、回答・提供を受けることに同意します。

また、上記照会・依頼を行うにあたり、埼玉しんきん健康保険組合が当該機関等に対して必要な範囲内で照会・依頼に関する説明を行うことについて了承いたします。

なお、照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

令和2 年 11 月 15 日

被保険者氏名	健保 太郎
健康保険者証の記号・番号	1251 - 1
被保険者住所	〒350-0001 埼玉県川越市〇〇1 - 1 - 1
被保険者電話番号	090-0001-0001
被保険者基礎年金番号	12345678901

* 入社4年以内に傷病手当金を申請する方は、埼玉しんきん健康保険組合に加入する以前の健康保険加入状況について、別紙にご回答ください。

* この同意書は、適正な審査を行うために必要な書類です。

* この同意書のご提出が無い場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な状況になり、こちらからのご連絡後も提出が無い場合は、不支給決定となることもあり得ますので予めご了承ください。

【参考：健康保険法】

第59条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、または当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁者若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

埼玉しんきん健康保険組合に加入する以前の健康保険加入状況について、空白期間がないようにご回答ください。

なお、埼玉しんきん健康保険組合の加入期間と通算して、4年間の健康保険加入加入状況を記入してください。

例) 埼玉しんきん健康保険組合に加入期間が1年間の場合

埼玉しんきん健康保険組合に加入する以前の直近3年間の健康保険加入状況を記入してください。

(該当する□にチェックを入れ回答を記入してください。)

健康保険組合名称	加入区分	加入期間	記号・番号
<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 埼玉 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 市区	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	平成 令和 28年11月 1日から	(記号) 12300045
<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 市区	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	(記号) (番号)
<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 市区	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	(記号) (番号)

<初回申請時提出>

傷病手当金受給状況確認書

下記①～④の□にチェックを入れてください。

受給ありの場合

① 埼玉しんきん健康保険組合およびその他健康保険組合で過去に傷病手当金の受給をしたことがありますか。

受給したことがある 受給したことがない

----- 上記①の回答が「受給したことがない」の方は、以下の質問の回答は不要です -----

② 過去に受給した該当の傷病名、傷病手当金の受給期間、当時加入していた健康保険組合名を記入してください。

傷 病 名 : 大腸がん

傷病名受給期間 : 平成29年 7月 1日 ~ 平成29年 8月 31日

健康保険組合名 : 全国健康保険協会 埼玉支部

③ 今回の請求が過去の傷病手当金の傷病と同一傷病、もしくは関連傷病^{注1}でない。

はい いいえ

④ 前回の支給終了後または復職後も同一傷病もしくは関連傷病^{注1}で診察または投薬がない。

はい いいえ

注1 「関連傷病」とは、同一系統のものであるか否かを問わず、ある傷病を原因として発したる傷病をいう。

上記のとおり相違ありません。

令和 2年 11月 15日

被 保 険 者 氏 名 : 健保 太郎

健康保険証の記号・番号 : 1251 - 1

被 保 険 者 住 所 : 〒350-0001 埼玉県川越市〇〇1-1-1

被 保 険 者 電 話 番 号 : 090-0001-0001

*この確認は、健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており、当健康保険組合の傷病手当金の支給決定の目的に限り利用いたします。

*この確認書は、適正な審査を行うために必要な書類です。

*この確認書のご提出が無い場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な状況になり、こちらからのご連絡後も提出が無い場合は、不支給決定となることもあり得ますので予めご了承ください。

<初回申請時提出>

傷病手当金受給状況確認書

下記①～④の□にチェックを入れてください。

受給なしの場合

① 埼玉しんきん健康保険組合およびその他健康保険組合で過去に傷病手当金の受給をしたことがありますか。

受給したことがある

受給したことがない

----- 上記①の回答が「受給したことがない」の方は、以下の質問の回答は不要です -----

② 過去に受給した該当の傷病名、傷病手当金の受給期間、当時加入していた健康保険組合名を記入してください。

傷病名	:	
傷病名受給期間	:	年 月 日 ~ 年 月 日
健康保険組合名	:	

③ 今回の請求が過去の傷病手当金の傷病と同一傷病、もしくは関連傷病^{注1}でない。

はい

いいえ

④ 前回の支給終了後または復職後も同一傷病もしくは関連傷病^{注1}で診察または投薬がない。

はい

いいえ

注1 「関連傷病」とは、同一系統のものであるか否かを問わず、ある傷病を原因として発したる傷病をいう。

上記のとおり相違ありません。

令和 2年 11月 15日

被保険者氏名	:	健保 太郎
健康保険証の記号・番号	:	1251 - 1
被保険者住所	:	〒350-0001 埼玉県川越市〇〇1-1-1
被保険者電話番号	:	090-0001-0001

*この確認は、健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており、当健康保険組合の傷病手当金の支給決定の目的に限り利用いたします。

*この確認書は、適正な審査を行うために必要な書類です。

*この確認書のご提出が無い場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な状況になり、こちらからのご連絡後も提出が無い場合は、不支給決定となることもあり得ますので予めご了承ください。

障 害 厚 生 年 金
老 齢 厚 生 年 金 にかかると傷病手当金の申請について（同意書）
労災休業補償給付金

傷病手当金の申請と並行して、同一疾病もしくは関連疾病等で障害厚生年金を受給している場合、退職後の老齢厚生年金を受給している場合は、傷病手当金の支給額を調整することになります。

また、同一疾病もしくは関連疾病等で労災休業給付金が支給される場合は、健康保険の傷病手当金は支給しないとしております。

しかしながら、障害厚生年金・老齢厚生年金・労災休業補償給付金等の申請について、支給の可否・支給時期等の決定が相当の期間を要する場合には傷病手当金を申請することも可能としております。

但し、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業補償給付金等を受けた場合は、その受けた給付の額について、先に支給した傷病手当金の一部、もしくは全額を返納していただくこととなります。

従って年金等を受ける前に傷病手当金を申請する場合は、下記内容について同意のうえ、必要事項を記入し、当健康保険組合までお送りください。

なお、この同意書の提出が無い場合は、障害厚生年金・老齢厚生年金・労災休業補償給付金等の支給（不支給）決定のご連絡をいただいた後、傷病手当金の審査をすることになりますので、あらかじめご了承ください。

埼玉しんきん健康保険組合

【 同 意 書 】

埼玉しんきん健康保険組合 理事長 殿

私は、今回（傷病名 **アキレス腱断裂** ）により傷病手当金を申請しますが、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業補償給付金等の給付が決定した場合、埼玉しんきん健康保険組合にその旨ただちに報告するとともに、裁定通知書、もしくは給付金支給決定書等の写しを提出します。

また、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業補償給付金等を受けた場合は、先に支給した健康保険の傷病手当金の一部、もしくは全額を返納することに同意いたします。

令和2 年 11 月 15 日

被 保 険 者 氏 名 : **健保 太郎**

健康保険証の記号・番号 : **1251 - 1**

被 保 険 者 住 所 : 〒**350-0001** **埼玉県川越市〇〇1-1-1**

被 保 険 者 電 話 番 号 : **090-0001-0001**