様式第１号　別紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家　族　等 | 住所 | （TEL　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 男・女 | | 年　　月　　日生 | |
| 職業 |  | | | 障害者との続柄 | | |  |
| 障　害　者 | 住所 | （TEL　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 男・女 | | 年　　月　　日生 | |
| 加　入　医　療　保　険 | 被保険者証 | | | 被保険者又は組合員の氏名 | | | | 附加給付 |
| 記号 |  | |  | | | | 有　・　無 |
| 番号 |  | |
| 保 険 者 | 所在地 |  | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | |
| 支払希望  金融機関 | | 名　　称 | | 口座名義 | | 口座種別 | | 口座番号 |
|  | |  | | 普通・当座 | |  |

（注）１　該当する文字を○で囲んでください。

２　一の入院に対し２回目以後の申請の際は、この別紙は不要です。

ただし、申請内容に変更が生じた場合には、変更の生じた項目について記入の上、提出をお願いします。