

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

立替払・治療用装具・生血

被保険者情報	① 被保険者証 記号	番号		
	② 氏名	(フリガナ)	③ 生年月日	昭・平・令 年 月 日
	④ 住所	〒	都・道 府・県	⑤ 電話番号 () <small>※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。</small>
	⑥ 事業所	名称	電話番号 ()	
		所在地	⑦ 提出委任 <input type="checkbox"/>	<small>本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)</small>

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	⑧ 受診者 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑨ 業務中、通勤途中または第三者行為によるものですか※	はい・いいえ
	⑩ 受診者が家族(被扶養者)の場合	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄 ()
	⑪ 傷病名		⑫ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日	
	⑬ 発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、いつ、どこでどのように負傷されたか)	原因			
		経過			
	⑭ 診療を受けた病院等	名称			
		所在地	⑮ 診療した医師の氏名		
	⑯ 診療期間(支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	(日数 日)		
	上記期間に入院していた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	(日数 日)		
	⑰ 診療の内容				
⑱ 療養に要した費用	円	⑲ 治療用装具 装着日	平・令 年 月 日		
⑳ 療養の給付を受けることができなかった理由 (該当箇所に✓)	<input type="checkbox"/> 入社して間もなく、保険証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急でやむを得ず受診し、保険証をもっていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の健康保険組合の保険証を使用したため		<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> その他 (理由)		
㉑ 領収書等の原本返却 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	※他の健康保険組合の保険証を使用した場合における診療(調剤)報酬明細書の写は返却できません。		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

振込希望口座	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者・代理人

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	被保険者との関係 ()

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--