

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 情 報	① 記号・番号	記号		番号		② 生年月日	昭 平	年	月	日
	③ 氏名(申請者)									
	④ 住所(申請者)	〒 —								
	⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	()				⑥ 事業所名				

申 請 内 容	⑦受診者(どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)								
	⑧受診者が被扶養者 (家族)の場合	氏名		生年 月日	昭 平 令	年	月	日	続柄	
	⑨傷病名					⑩発病または 負傷年月日	平 令	年	月	日
	⑪発病または負傷の原因									
	⑫工作中、通勤途中、第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (工作中 通勤途中 第三者行為) ※記入上の 注意事項参照								
	⑬診療を受けた医療機関	名称								
		所在地								
⑭診療に要した費用	円									

●「診療費用(立替払い)」または「治療用装具」欄については、該当するいずれかの欄に記入してください。

診 療 費 用 (立 替 払 い)	⑮理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> マイナ保険証または資格確認書を提示できず自費で診療を受けたため [理由] <input type="checkbox"/> 以前加入していた保険者のマイナ保険証または資格確認書を使用してしまったため <input type="checkbox"/> その他 []								
	⑯診療の内容							⑰入院・ 外来の別	入院	外来
	⑱診療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)								

治 療 用 装 具	⑲費用を支払った日	令和 年 月 日								
	⑳装具名									

●給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状欄に記入してください。

⑳委 任 状	被保険者 (申請者)	私は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								
		氏名	Ⓔ							
	代理人	住所	「被保険者(申請者)住所」と同じ							
		氏名	Ⓔ							
		住所								

㉑振 込 先 指 定 口 座	銀行 組合		支店			
	信用金庫		出張所			
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義	-----				

㉒備 考 欄										
	被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)									

年	月	日	提出
受 付			