

健康保険 被保険者 被扶養者 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			
	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 仕事中、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 (仕事中 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				⑯ 入院・ 外来の別
	⑰ 診療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)	入院 外来		
治療用装具	⑯ 費用を支払った日	令和 年 月 日			
	⑯ 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。

⑯ 委任状	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		
	被保険者 (申請者)	氏名 _____ 住所 「被保険者(申請者)住所」と同じ	印
	代理人	氏名 _____ 住所 _____	印

⑯ 振込先指定口座	銀行 組合 支店			年 月 日 提出	
	信用金庫 出張所			受付	
	種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号		
		<input type="checkbox"/> 当座			
	(フリガナ) 口座名義	-----			