

【被保険者】【診療費用(立替払い)】の場合

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

被保険者情報	① 被保険者証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	② 生年月日	昭 平 10 年 12 月 10 日
	③ 氏名(申請者)	健保 太郎					
	④ 住所(申請者)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1					
	⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	⑥ 事業所名	株式会社〇〇〇〇			

申請内容	⑦ 受診者(どちらかに☑)	<input checked="" 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	急性咽頭炎			⑩ 発病または負傷年月日	平 令 6 年 5 月 3 日	
	⑪ 発病または負傷の原因	不明					
	⑫ 工作中、通勤途中、第三者行為によるものですか	<input checked="" 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	〇〇〇〇病院				
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇2-2-2				
⑭ 診療に要した費用	8,000 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 checked="" type="checkbox"/> 保険証等を提示できず自費で診療を受けたため [理由 旅先に保険証を持参しなかったため] <input type="checkbox"/> 以前加入していた保険者の保険証等を使用してしまったため <input type="checkbox"/> その他 []				
	⑯ 診療の内容	検査、薬の処方			⑰ 入院・外来の別	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>
	⑱ 診療期間	令和 6 年 5 月 3 日から 令和 6 年 5 月 3 日まで (1 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	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 _____ (印)
		住所 「被保険者(申請者)住所」と同じ
	代理人	氏名 _____ (印)
	住所 _____	

㉑ 振込先指定口座	〇〇〇 銀行 組合 〇〇〇 支店	出張所	
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	信用金庫
		口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	(フリガナ) 口座名義	ケンボ タロウ 健保 太郎	

㉒ 備考欄	6 年 6 月 10 日提出
	受付
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。)	
神奈川県電子電気機器健康保険組合	

【被扶養者】【治療用装具作成】の場合

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 被保険者証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	② 生年月日	昭 平 10 年 12 月 10 日
	③ 氏名(申請者)	健保 太郎					
	④ 住所(申請者)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1					
	⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	⑥ 事業所名	株式会社〇〇〇〇			

申請内容	⑦ 受診者(どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)					
	⑧ 受診者が被扶養者(家族)の場合	氏名	健保 花子	生年月日	昭 平 令 12 年 8 月 20 日	続柄	妻
	⑨ 傷病名	右足関節外果骨折			⑩ 発病または負傷年月日	平 令 6 年 3 月 15 日	
	⑪ 発病または負傷の原因	自宅内で段差に躓き転倒したため					
	⑫ 工作中、通勤途中、第三者行為によるものですか	<input checked="" 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	〇〇〇〇病院				
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇2-2-2				
⑭ 診療に要した費用	10,000 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"/> 保険証等を提示できず自費で診療を受けたため <input type="checkbox"/> 以前加入していた保険者の保険証等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 6 年 6 月 5 日					
	⑳ 装具名	右短下肢装具					

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

㉑ 振込先指定口座	〇〇〇 銀行 組合 〇〇〇 支店	出張所		
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	信用金庫	口座番号
		<input type="checkbox"/> 当座	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
	(フリガナ) 口座名義	ケンポ タロウ 健保 太郎		

㉒ 備考欄	6 年 6 月 10 日提出
	受付
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。)	
神奈川県電子電気機器健康保険組合	