

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

立替払・治療用装具・海外

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印 ← 自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称				提出委任	<input type="checkbox"/> 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✓)		

【当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合】 下記振込先をご記入ください。

振込先	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(申請者)・代理人

※原則、事業所以外の代理人への給付金支払いは行っておりません。

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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・印	印 被保険者との関係()			

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ			
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日 続柄()			
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日			
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因						
		経過						
	診療を受けた病院等	名称						
		所在地	診療した医師の氏名					
	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)
療養に要した費用	円	診療の内容						
療養の給付を受けることができなかった理由								

※ 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。

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