

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族

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) <span style="float:right">印 ← 自署の場合は押印を省略できます。</span> |      |             |
|        | 住所            | 〒 ー 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( ) |
|     | 口座名義 (カタカナで記入) | 支店・本店・出張所 その他( )   | 口座番号 |              |
|     | 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 <span style="float:right">印</span> | 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

印