

被保険者 療養費支給申請書
家族

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	該当に○	被保険者 ・ 被扶養者 立替払等 ・ 治療用器具 ・ その他()		
	被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者 氏名・印	フリガナ
		番号		昭和・平成 年 月 日 <small>自著の場合は押印を省略できます</small>
	現住所 ・電話番号	(〒 -) 電話番号 ()		
	事業所名			
	家族が受診し た場合	フリガナ	続柄	生年月日
		氏名		昭和 平成 年 月 日
	傷病名			発病または 負傷の年月日 平成 年 月 日
	発病の原因および その経過 (負傷の場合は「負 傷原因記入欄」に 記入してください)	傷病は第三者の行為、交通事故、ケンカ等によるものですか？※1 はい・いいえ		
	診療を受けた 医療機関	名 称	所 在 地	診療した医師等の氏名
	診療を受けた期間	平成 年 月 日	から 平成 年 月 日	日数 日
	診療に要した 費用の額	円		
診療の内容				
健康保険で受診 できなかった理由				

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 農協 金庫 漁協 信組 その他()	本店 本所 支店 支所 出張所
	預金種別	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください)。	
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。平成 年 月 日 氏名・印 住所「被保険者(申請書)が 記入するところ」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) 電話 () 住所 氏名・印	

※1 「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。
健保組合にお問い合わせください。

受付日付印

