

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	フリガナ
		番号		生年月日
	現住所 ・電話番号	(〒 -) 電話番号 ()		
	事業所名			
	家族が受診し た場合	氏名	フリガナ	生年月日
		続柄	昭和 平成 令和	年 月 日
	傷病名	発病または 負傷の年月日		令和 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	令和 年 月 日	から 令和 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 本店 本所 金庫 漁協 支店 支所 信組 その他() 出張所
	預金種別	1.普通 3.別段 口座番号 2.当座 4.通知 左づめで ご記入ください
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。 令和 年 月 日 氏名 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

※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。

被保険者証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、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印
