健康保険　被保険者・家族　療養費支給申請書（第　　回）

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平成・令和　年　月　日	被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	平成・令和　年　月　日		
被保険者（請求者）氏名と印	ﾌﾘｶﾞﾅ ㊞ 被保険者本人が自ら署名する場合は、押印省略可能	被保険者住所	〒				
生年月日	昭和・平成　年　月　日		電話　（　　）				
事業所名及び電話	電話　（　　）	社員・職員コード					

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（ 事業所経由で提出する場合は ☑ ）

療養が被扶養者のときは、その者の氏名		続柄		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		
発病又は負傷年月日	平成・令和　年　月　日	傷病名					
発病又は負傷の原因及び経過		第三者の行為によるものですか	いいえ　・　はい				
診療を受けた医療機関	名称	診療を担当した医師名					
	所在地						

診療の期間（支給期間）	自　年　月　日	日数	区分	入院の場合左記の入院期間	診療に要した費用の額	
	至　年　月　日	日	入院外 入院	自：平成・令和　年　月　日 至：平成・令和　年　月　日 日間	円 ※領収書を添付すること	
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						

振込先指定口座	銀行・金庫 信組・農協	金融機関コード	本店 支店	支店番号
	預金種別　普通・当座	口座番号	右づめでご記入ください	
	名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ）	口座名義の区分	該当するところに○を記入 ・被保険者（請求者）　・代理人	

※自費診療（立替払い）に関する申請のときは、「診療報酬明細書（レセプト）」と「領収書」の原本を添付してください。
※輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは「医師の証明書」と費用の内訳が記載された「領収書・明細書」の原本を添付してください。

令和　年　月　日提出

受付日付印

※被保険者(請求者)以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要 **（押印省略不可）**

受取代理人の欄

被保険者（請求者）	本請求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 住所　「被保険者（請求者）」が記入するところと同じ　令和　年　月　日 氏名　㊞	
代理人（口座名義人）	〒　TEL 住所 ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名　㊞	委任者と代理人との関係

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です
・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となります

被保険者のマイナンバー記載欄