

健康保険 被保険者 **家族** 療養費支給申請書 (第 1 回) ※提出回数を記入

被保険者証の記号番号	記号 ○○	被保険者資格取得日	平成 ○	年 ○	月 ○	日 ○	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日					
	番号 ○○○○		令和 ○	○	○	○		令和								
被保険者(請求者)氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ						〒000-0000									
	健保 太郎 (印)						被保険者住所 ○○県○○市○○町1-2-3 ○○マンション△△号室									
生年月日	昭和・平成 ○○年○○月○○日						電話 00 (1234) 5678									
事業所名及び電話	EY○○○○○○						電話 00 (4321) 8765			社員・職員コード ○○○○						
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)																
療養が被扶養者のときは、その者の氏名	健保 花子						続柄	妻			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		左足首骨折									
発病又は負傷の原因及び経過	雨で足元が滑って転倒したため						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				○○病院				診療を担当した医師名				○○ ○○			
	所在地				○○県○○市○○町2-2-2											
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 ○	2	入院	自:平成(令和)○年5月11日 至:平成(令和)○年5月12日 2日間				62,000 円 ※領収書を添付すること					
診療の内容	5月11日に入院し、ギプス包帯及びその他外科処置を実施															
療養の給付を受けることができなかった理由	旅行先で保険証を持参しておらず、自費診療扱いとなったため															
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				右つめでご記入ください							
	名義人(フリガナ) ケンボ タロウ				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							

※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)

令和○○年○○月○○日提出
受付日付印

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
	代理人(口座名義人)	〒						住所	フリガナ氏名						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

※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器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。