

健康保険 本人・家族 療養費支給申請書

※注意書を確認のうえ、必要書類を添付して申請してください。

被保険者証の記号及び番号	記号	番号	事業所の名称		
被保険者氏名				電話番号	— —
住所	〒 — — — — 都・道府・県				
	振込希望の金融機関 (被保険者本人名義の口座)				
銀行		銀行コード	<input type="text"/>	支店	店番 <input type="text"/>
預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	<input type="text"/>	口座名義 (カタカナ)	<input type="text"/>
対象者の氏名・生年月日				昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄
傷病名				発病又は負傷年月日	令和 年 月 日
第三者の行為によるものですか	はい いいえ	第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので当組合 (03-3666-1881) までご連絡ください。			
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)					
療養の給付を受けることが出来なかった理由					
診療を受けた医療機関の名称・所在地・医師の氏名・要した費用					
名称				医師氏名	
所在地				要した費用	¥
診療内容	診察 ・ 投薬 ・ 注射や点滴 ・ 検査 ・ 手術 ・ 虫歯の治療 ・ 薬局での処方 治療用装具の作成 ・ 治療用眼鏡の作成 ・ その他 ()				
診療期間	自	令和 年 月 日	至	令和 年 月 日	日間
上記期間のうち入院期間	自	令和 年 月 日	至	令和 年 月 日	日間

代理人に給付金の受領を委任するとき	上記の給付金の受領について、以下の代理人に依頼します。 令和 年 月 日			
	申請者	住所	氏名	
	代理人	住所	氏名	
※代理人に受領の委任をする場合、「振込希望の金融機関」欄には代理人名義の口座を記入してください。				

受 付 印

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。
 なお、マイナンバーを記載した申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」、「代理人の身元確認書類」などの添付が必要となります。

備考欄	
-----	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--