

保険給付費支給決定伺

常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任・係

資格	得	年	月	日
	喪	年	月	日
一 備考 一				

被保険者 被扶養者	支給期間	年	月	日	日間
	請求額	¥			
	査定額	¥			
	支給額	¥			

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。

被保険者証の記号および番号	記号 1000	番号 9999	事業所の名称	健保証券株式会社	
扶養家族に関する申請のとき	対象者の氏名	健保 花子	対象者の生年月日	昭平 〇〇年 XX 月 ΔΔ 日	被保険者との続柄 妻
傷病名	〇〇〇損傷		発病又は負傷の年月日	平成 〇〇 年 XX 月 ΔΔ 日	
傷病の経過 (発病又は負傷の経緯、どのような症状が出たかなど)	路上を歩行中に踏み外した際に関節に痛みがあり受診したところ〇〇〇損傷と診断された。また治療に関して医師より治療用器具(サポーター)装着の指示があり購入。				
被保険者証を使用せずに療養費の申請となった理由	治療用器具は保険外診療の為				
第三者の行為に起因する傷病ですか	はい・ <u>いいえ</u>	「はい」の場合、相手の住所氏名(不明の場合はその旨)			
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地および医師の氏名	名称	健康病院		医師の氏名	健康 一郎
	所在地	東京都中央区日本橋〇丁目××番Δ号			
受けた手当の内容	診察・投薬・注射や点滴・検査・手術・虫歯の治療・薬局での薬の処方 <u>治療用器具の作成</u> ・治療用眼鏡の作成・その他( )				
診療又は手当を受けた期間	自平成 〇〇 年 XX 月 ΔΔ 日	日間	入院期間	自平成 年 月 日	要した費用の額 ¥ 18,400.-
	至平成 年 月 日			至平成 年 月 日	
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	1 2 3 4	健康	支店 店番 1 2 3
	口座番号	<u>普通</u> 当座貯蓄	0 1 2 3 4 5 6	口座名義	ケンポ タロウ
	※口座名義は銀行への登録どおりにカタカナまたはアルファベットで正確にご記入ください。				
上記のとおり申請します。	平成●●年 ΔΔ月××日		〒 1 0 3 - 0 0 2 5	住所	東京都中央区日本橋茅場町〇〇-ΔΔ
東京証券業健康保険組合理事長殿	被保険者	日中連絡がとれる電話番号 0 3 - 3 6 6 6 - ××ΔΔ		氏名	健保 太郎 <u>健保</u> 印

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、以下の代理人に委任します。	平成 年 月 日
	申請者 住所	氏名 印
	代理人 事業所所在地	電話番号 - -
	事業所名	氏名 印
	※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。	

給付金を現金で受領するとき	上記の金額を受領しました。	平成 年 月 日	受領者氏名 印
---------------	---------------	----------	---------

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。)

備考欄	
-----	--

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。

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