

健康保険 本人・**家族** 療養費支給申請書

記入例

※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	〇〇〇証券株式会社		
被保険者氏名	健保 太郎			電話番号	〇〇〇 - △△□□ - ××〇〇	
住所	〒 〇〇〇 - △△□□ 〇〇〇			都・道 府 県	△△△市□□町〇丁×番△号	
	〇〇〇マンション□□□号室					
振込希望の金融機関 (被保険者本人名義の口座)						
健康	銀行	銀行コード	1 2 3 4	保険	支店	店番
預金種別	普通	当座・貯蓄	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ
対象者の氏名・生年月日	健保 二郎			昭 平 令 〇 年 × 月 □ 日	被保険者との続柄	二男
傷病名	インフルエンザ			発病又は負傷年月日	令和 × 年 △ 月 〇 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)						
夜間高熱が出たため受診。インフルエンザ陽性と診断され薬を処方された。						
療養の給付を受けることが出来なかった理由						
健康保険証を持ち合わせていなかったため。						
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	健保病院			医師氏名	保険 一郎	
所在地	〇〇〇県△△△市□□町△丁〇番×号			要した費用	¥ 12,410.-	
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 〇 日		至 令和 × 年 △ 月 〇 日		1 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。				

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。

受付印

備考欄	_____
-----	-------

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