健康保険　本人・家族　療養費支給申請書

※ 別紙（申請の際の留意点）を確認のうえ、必要書類を添付して申請してください。

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号	記号	番号	記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合		
事業所の名称					
被保険者	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	
住所	〒　－	都・道府・県			
電話番号（日中の連絡先）	－　－				

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		支店	店番	
預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号		口座名義（カタカナ）	

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		
仕事中・通勤途中または第三者の行為によるものですか	はい いいえ	傷病の原因が仕事中または通勤途中によるもので、労災に該当するときには申請いただけません。労災に該当するかは、労働基準監督署または事業所にご確認ください。 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（負傷の場合は、どこでどのように負傷されたか詳細に）

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・治療 / 検査 / 手術 ・ 薬局での処方 ・ 装具や眼鏡等の作製 ・ その他（　　）		
診療期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間		
上記期間のうち入院期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　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。

備考欄	

受　付　印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

問合せ・提出先　東京証券業健康保険組合　業務部　〒103-0025　東京都中央区日本橋茅場町3-1-2　TEL：03-3666-1881