

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

立替払・治療用装具

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)		()	
	事業所名称							

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	—
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所	印	氏名・印	印	被保険者との関係 ()

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ									
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄 ()					
	傷病名	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成 令和	年	月	日	午前 午後	時頃					
	発病又は負傷の原因及び状況 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他()										
		場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他()										
		原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他()										
		状況	具体的に詳しく										
	診療を受けた病院等	名称	所在地	診療した医師の氏名									
	診療期間(支給期間)	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	(日数	日)
	上記期間に入院していた場合はその期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	(日数	日)
装具装着日	平成 令和	年	月	日	装着	療養に要した費用	円						
診療の内容													
療養の給付を受ける ことができなかった理由													

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印