

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

立替払・治療用器具

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	(フリガナ)						
	住所	〒			—			
	電話番号 (日中の連絡先)	()						
事業所名称	提出委任			<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

【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。	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)	氏名				
			住所				
			氏名	被保険者との関係 ()			

申請内容	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<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
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