被保険者
家　族　療　養　費　支　給　申　請　書

被保険者証の記号・番号	記号	被保険者が勤務する（していた）事業所の	名　称		
	番号		所在地		
傷　病　名			発病又は負傷の年月日	平・令　年　月　日	
発病又は負傷の原因					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名　称		所在地及び電話番号		
	氏　名				
診療又は手当の内容	入院期間　自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日 治療用装具装着日　令和　年　月　日				
診療又は手当を受けた期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日　日間		診療又は手当に要した費用の額	金　円也	
保険証を提示して受診することができなかった理由	※必ずご記入下さい（治療用装具費の申請の場合には記入不要です）				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無		加害者の氏名		
			加害者の住所		
家族に関する申請のとき	家族の氏名		昭和 平成 令和　年　月　日生	被保険者との続柄	
振込希望の銀行	※必ず被保険者の口座を指定してください。 （銀行等）　銀行　信組　信金　農協 （支店名）　本店　支店　出張所　（普通・当座） （口座番号） （口座名義・カタカナ）				
公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は、上記口座情報の記入は不要です。）				

上記のとおり申請いたします。

令和　年　月　日

被保険者の氏名

住所　〒

健康保険組合理事長　殿

電話　（　　）

委任状	私は　を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和　年　月　日請求した　被保険者／被扶養者　療養費の受領に関すること。 被保険者の住　所 氏　名 代理人の住　所 氏　名			
振込希望の銀行	銀行／信金／信組／農協　本店／支店／出張所　（普通・当座）	口座番号	口座名義（カタカナ）	

備考欄（注）	

（注）被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、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。