

被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書
家 族

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						
傷病の経過						
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
	治療用装具装着日			至	令和	年 月 日
診療又は手当を 受けた期間	自	令和	年 月 日	日間	診療又は手当 に要した費用 の額	金 円也
	至	令和	年 月 日			
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 年 月 日生	被保険 者の続 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)	(支店名)			(普通・当座)	
		銀行	本店			
		信金	支店			
		信組	出張所			
		農協				
		(口座番号)	_____			
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	療養費の受領に関する事。	
				被扶養者		
	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		本店		口座番号	口座名義
	信金		支店		(普通・当座)	
	信組		出張所		_____	
	農協					

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。