

**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	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 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)		(支店名)		本店 支店 (普通・当座) 出張所	
		銀行	信組			
		信金	農協			
		(口座番号) _____				
公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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	療養費の受領に関すること。	
				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。