

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書 (第 回目) (立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と を こ ろ	㉗ 被保険者証の 記号				㉘ 被保険者の生年月日						
	-				昭和	0	0	0	0	0	0
	㉙ 被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				㉚ 事業所の 名称		〇〇〇〇株式会社				
					所在地		〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	㉛ 被保険者(申請者)の住所 〒 000-0000 〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町1-1-1				電話		000 (000) 0000				
	療養が被扶養者に関するときはその方の		㉜ 被扶養者の氏名			㉝ 被扶養者の生年月日			㉞ 被保険者との続柄		
			昭和 平成 令和			年	月	日			
	㉟ 傷病名 盲腸炎				㊱ 発病または負傷年月日(療養開始日)						
					年	月	日	0 0 0 0 0 0			
	㊲ 発病(負傷の場合は、裏面㊳記入してください)の原因および経過 海外旅行先で痛みと吐き気があり、病院で検査を受けた後、手術した。				㊳ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を出してください。						
㊴ 診療を受けた病院等の		㊵ 名称		㊶ 所在地			㊷ 診療した医師の氏名				
		〇〇〇〇 Hospital		123North Street, Los Angeles,CA90013USA 11-111-111-111			〇〇〇〇 DOC				
㊸ 診療の期間(支給期間)		㊹ 入院・入院外の別		㊺ 入院の場合、左記の入院期間			㊻ 診療に要した費用の額				
自	年	月	日	日数	1: 入院外	自	年	月	日	日数	〇〇〇〇〇 円
至	年	月	日	日	2: 入院	至	年	月	日	日	
㊼ 診療の内容 検査、手術				㊽ 診療の給付を受けることができなかった理由 海外旅行中で保険診療ができなかったため							

㊾ 委任状	療養費の受領を				㊿ に委任します。			
	令和 年 月 日							
	被保険者(請求者)氏名				健保 太郎			

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☑、しない場合は下記の欄を記入。)								
㊽ 退職者用振込先	銀行名	銀行・農協 金庫・信組			本店 支店	種別	普通 ・ 当座	通帳番号		
	口座名義	(フリガナ)								

個人番号記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※保険証の記号番号を記入した場合は不要

令和 年 月 日 提出

