


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 と こ ろ	㉗ 被保険者証の 記 号				㉘ 被保険者の生年月日											
	-				昭和 平成	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			㉚ 事業所の 名 称	〇〇〇〇株式会社										
		健保 太郎				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				㊱ 発病または負傷年月日(療養開始日)											
	急性胃炎				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				㊳ 第三者の行為によるものですか												
〇〇月〇〇日、旅行先で急に胃が痛みだし、発熱した。				<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。												
診 療 を 受 け た 病 院 等 の	㊴ 名 称				㊵ 所 在 地				㊶ 診療した医師の氏名							
	〇〇〇〇病院				〇〇県〇〇市〇〇町2				病院 一郎							
㊷ 診療の期間 (支給期間)				㊸ 入院・入院外の別		㊹ 入院の場合、左記の入院期間				㊺ 診療に要した費用の額						
自	0	0	0	0	0	日数	1: 入院外	自							日数	〇〇〇〇〇 円
至	0	0	0	0	0	0 日	2: 入院	至							日	
㊻ 診 療 の 内 容				㊼ 診療の給付を受けることができなかった理由												
投薬				旅行先で保険証を携帯していなかったが、急病でやむを得ず受診したため。												

㊽ 委 任 状	療養費の受領を				㊾ 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。)													
㊿ 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

