

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

|                                                     |                                    |                        |                 |                                    |                                                                                                         |                     |             |                   |  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | ㊦ 被 保 険 者 等 ※                      |                        |                 |                                    | ㊧ 被 保 険 者 の 生 年 月 日                                                                                     |                     |             |                   |  |
|                                                     | 記 号                                |                        | 番 号             |                                    | 昭和<br>平成                                                                                                | 年                   | 月           | 日                 |  |
|                                                     | 1234                               |                        | 56789           |                                    |                                                                                                         | 0                   | 0           | 0                 |  |
|                                                     | ㊨ 被 保 険 者 (申請者) の 氏 名              | (フリガナ) ケンポ タロウ         |                 | ㊩ 事業所の 名 称                         | 〇〇〇〇株式会社                                                                                                |                     |             |                   |  |
|                                                     |                                    | 健保 太郎                  |                 |                                    | 〇〇県〇〇市〇〇町1-1                                                                                            |                     |             |                   |  |
|                                                     | ㊪ 被 保 険 者 (申請者) の 住 所              | 〒 000-0000             |                 |                                    |                                                                                                         | 電話 000 ( 000 ) 0000 |             |                   |  |
|                                                     |                                    | 〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇町1-1-1 |                 |                                    |                                                                                                         |                     |             |                   |  |
|                                                     | 療 養 が 被 扶 養 者 に 関 する と き は そ の 方 の | ㊫ 被 扶 養 者 の 氏 名        |                 |                                    | ㊬ 被 扶 養 者 の 生 年 月 日                                                                                     |                     |             | ㊭ 被 保 険 者 と の 続 柄 |  |
|                                                     |                                    |                        |                 |                                    | 昭和<br>平成<br>令和                                                                                          |                     |             |                   |  |
|                                                     | ㊮ 傷 病 名                            |                        |                 |                                    | ㊯ 発病または負傷年月日(療養開始日)                                                                                     |                     |             |                   |  |
|                                                     | 急性胃炎                               |                        |                 |                                    | 年 月 日<br>0 0 0 0 0 0                                                                                    |                     |             |                   |  |
|                                                     | ㊰ 発病 (負傷の場合は、裏面㊱記入してください) の原因および経過 |                        |                 |                                    | ㊱ 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<br>「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                                 | ㊲ 名 称                              |                        |                 | ㊳ 所 在 地                            |                                                                                                         |                     | ㊴ 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                         |                                                                                                         |                     |             |                   |  |
| ㊵ 診療の期間 (支給期間)                                      |                                    | ㊶ 入院・入院外の別             |                 | ㊷ 入院の場合、左記の入院期間                    |                                                                                                         | ㊸ 診療に要した費用の額        |             |                   |  |
| 自                                                   | 年 月 日                              | 日数                     | 1: 入院外<br>2: 入院 | 自                                  | 年 月 日                                                                                                   | 日数                  | 〇〇〇〇〇 円     |                   |  |
| 至                                                   | 年 月 日                              | 日                      |                 | 至                                  | 年 月 日                                                                                                   | 日                   |             |                   |  |
| ㊹ 診 療 の 内 容                                         |                                    |                        |                 | ㊺ 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。 |                                                                                                         |                     |             |                   |  |

|       |               |  |  |  |           |  |  |  |
|-------|---------------|--|--|--|-----------|--|--|--|
| ㊻ 委任状 | 療養費の受領を       |  |  |  | ㊼ 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 |         | ☐ 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<br>金庫・信組                                          |  | 本店<br>支店 | 種 別 | 普通<br>・<br>当座 | 通帳番号 |
|             | 口 座 名 義 | (フリガナ)                                                  |  |          |     |               |      |

マイナンバー記載欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

※記号番号がわからない場合のみ記入してください。

令和 年 月 日 提出

受付日印

支払日印