

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 ろ	㊦ 被 保 険 者 証 の				㊧ 被 保 険 者 の 生 年 月 日					
	記 号		番 号		昭和 平成	年	月	日		
	000		0000			0	0	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								
		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		㊪ 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 平成 令和	年	月	日		
	㊭ 傷 病 名				㊮ 発病または負傷年月日(療養開始日)					
盲腸炎				年 月 日				0 0 0 0 0 0		
㊯ 発病（負傷の場合は、裏面㊰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						
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。				☐ はい ☒ 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		㊲ 名 称		㊳ 所 在 地		㊴ 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				
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 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						
検査、手術				海外旅行中で保険診療ができなかったため						

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			

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

千葉県機械金属健康保険組合

受付日印

支払日印