

被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

健康保険被保険者 証の記号と番号	記号	被保険者の		⑩
	番号	氏名と印		
被保険者の住所	〒□□□□□□□□ 丁目、番地、アパート名等詳細に記入してください。			
連絡先	-			
事業所の名称				
傷病名	発病又は負傷の 年 月 日		平成 年 月 日	
発病又は負傷の原因				
傷病の経過				
受診した医療機関名 住所及び担当医師名	名称 住所 担当名			
診療又は手当の内容				
診療又は手当の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		うち入院 した期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日
保険証を医師に提示 しなかった事由				
傷病が第三者の行為によるものである ときは、その事実、第三者の住所、氏名 (住所氏名が不明であるときはその旨)				
申請が被扶養者の場合、 その者の氏名	生年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄	

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。

マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

備 考	
-----	--

被保険者 銀行口座	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 () 口座番号	名義)
--------------	----------------	-----------------	----------------	-----

健 保 組 合 処 理 欄	支 給 金 額	¥	常務理事	事務長	係	
	款 項 目		取 得	年 月 日		
	支 給 決 定 年 月 日		喪 失	年 月 日		
	支 払 年 月 日		療養費の別	1. 立替払等 2. 治療用装具 3. あんま・マッサージ 4. はり・きゅう 5. 生 血		
	支給額計算					
備 考	受 付 日 付 印					

(説明) この申請書は被保険者又は被扶養者が保険医療機関等について診療を受けることが困難な場合又は保険医療機関等以外の医師又はその他の者の診療又は手当を受けた場合にその診療又は手当に要した費用を申請するものです。

(この申請書に添えなければならない書類)

- 1 療養に要した費用については①医師又は市町村から記入、押印を受けた領収書②診療報酬請求明細書の写
- 2 血液代に関する支給申請のときは輸血を必要と認めた医師の証明書及び血液代金の領収書
- 3 コルセット等に関する支給申請のときは装着を必要と認めた医師の証明書及び領収書