

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

注意事項

- ① ① ② ③
- ① ① ② ③
- ② ① ② ③
- ③ ① ② ③

被保険者氏名		住所	〒 TEL ()		
被保険者証	記号	事業所	名称		
	番号		所在地		
被扶養者に関する時は、その者の氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
傷病名		発病又は負傷日	令和 年 月 日		
発病又は負傷原因					
傷病の経過					
診療又は手当を受けた医師、歯科医師その他の者の住所・氏名					
診療又は手当の内容					
診療又は手当の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診療又は手当に要した費用の額		円
被保険者証で診療又は手当を受けることが出来なかった理由 (出来るだけ詳しく記載のこと)					
傷病が第三者の行為によるものである時はその事実並びに第三者の住所・氏名	別紙届出のとおり				

委任欄	本請求書の給付金の受領を右の者に委任します。	事業所名	
	委任者氏名 (被保険者)	氏名	

委任しないで個人口座への振込を希望する方は下欄に記入して下さい。

(被保険者名義)

振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は下記振込先をご記入ください。)	
	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所	
	名義人	
	預金種別	普通 当座
	口座番号	

(名義人はカタカナで記入)

受付印