

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

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	㉗ 被 保 険 者 等 ※				㉘ 被 保 険 者 の 生 年 月 日					
	記 号		番 号		昭和	年	月	日		
			—		平成					
	㉙ 被 保 険 者 (申請者) の 氏 名	(フリガナ)		㉚ 事業所の 名 称						
				所 在 地						
	㉛ 被 保 険 者 (申請者) の 住 所	〒		都 道 府 県		電 話 ()				
	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)					
					年	月	日			
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				㊴ 第三者の行為によるものですか						
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「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。</small>						
診 療 を 受 け た 病 院 等 の	㊵ 名 称		㊶ 所 在 地		㊷ 診 療 し た 医 師 の 氏 名					
㊸ 診 療 の 期 間 (支 給 期 間)		㊹ 入 院 ・ 入 院 外 の 別		㊺ 入 院 の 場 合 、 左 記 の 入 院 期 間		㊻ 診 療 に 要 し た 費 用 の 額				
自	年	月	日	日数	自	年	月	日	日数	円
至	年	月	日	日	至	年	月	日	日	
㊼ 診 療 の 内 容				㊽ 診 療 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由						

㉟ 委 任 状	療養費の受領を ㊾ に委任します。 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> 被保険者 (請求者) 氏名 ㊿
------------------	--

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)					

※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



【記入上の注意】

1. 申請書の「被保険者」「家族」の文字はいずれか該当する方を○で囲んでください。
2. 記入した字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と㊦の方の氏名（サイン）を記入してください。
3. ㊧および㊨欄で傷病の原因が「第三者の行為によるものである場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
4. ㊧および㊨欄で傷病の原因が「第三者の行為以外による外傷性である場合は、㊩欄「負傷原因について」を記入してください。
5. ㊪欄の給付金受領代理人印は、届出印を使用してください。
6. 退職後に申請する方で、受領委任を希望されない方は、㊫欄を記入してください。
7. 輸血およびコルセット等治療用装具に関する申請の場合は、医師が「治療のため必要と認める旨の証明書」と領収書(原本)を添付してください。
8. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。