

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 と こ ろ	㉞ 被保険者等 ※				㉜ 被保険者の生年月日			
	記号		番号		昭和 平成	年	月	日
	1234		56789		0	0	0	0
	㉝ 被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ			㉞ 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		
	㉟ 被保険者 (申請者) の住所	〒 000-0000			㉞ 所在地	〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町1-1-1		
		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		㉟ 被扶養者の氏名		㉞ 被扶養者の生年月日		㉟ 被保険者との続柄	
					昭和 平成 令和	年	月	日
	㉞ 傷病名				㉟ 発病または負傷年月日 (療養開始日)			
半月板損傷				〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日				
㉞ 発病 (負傷の場合は、裏面㉞記入してください) の原因および経過				㉟ 第三者の行為によるものですか				
サッカーの試合中、転倒した。				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。				

㉟ 委 任 状	療養費の受領を		㉞ 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		<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。)					
㉟ 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

受付日印

支払日印