

## 健康保険

被保険者  
家族

## 療養費支給申請書

 立替払い  生血  
 治療用装具

被保険者情報	被保険者証	記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇	生年月日	昭・平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	氏名・印	フリガナ ミツビシ タロウ 三菱 太郎	事業所名称	〇〇〇〇株式会社〇〇工場	
	住所 電話番号	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1	電話番号	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇	
申請内容	受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)			
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	傷病名	盲腸炎	発病または 負傷年月日	平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	発病の原因および経過 (詳しく)	旅行中、腹部に痛みを感じて病院を受診した			
	診療を受けた医療機関等の	名称	〇〇病院	診療した 医師氏名	〇〇 〇〇
		所在地	××県〇〇市〇〇町 1		
	診療を受けた期間	平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで ( 〇 ) 日間			
	上記の期間に入院して いた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで ( ) 日間			
	※治療用装具を 装着した場合	装具等の装着について指示を受けた日	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 補修 <input type="checkbox"/> 再支給	
		装具装着日	平・令 年 月 日		
療養に要した費用の額	〇〇〇〇 円	診療の内容	投薬		
療養費の支給申請の理由	旅行中で保険証を持っていなかったため				
振込先	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座名義 (カタカナ)	〇〇 本店 支店・出張所	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
	口座名義区分	被保険者 (申請者) ・ 代理人			
委任状	口座名義人が 代理人の場合 にご記入ください。 代理人は、被 保険者とは別 の印を必ず押 印ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		
		代理人 (口座名義人)	住所	氏名	印
	氏名	印 被保険者との関係 ( )			

備考

受付年月日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)