

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族

立替払・治療用装具

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住 所	〒 ー 都・道 府・県						
	事業所名称	電話番号 (日中の連絡先) ()						

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人	

受取代理人の欄	受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いいたします。	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	被保険者との関係()				

申請内容	受診者(どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日 続柄()
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因			
		経過			
	診療を受けた病院等	名称			
		所在地		診療した医師の氏名	
	診療期間(支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)			
	上記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 (日数 日)			
	療養に要した費用 海外療養費は現地通貨単位で ご記入ください	円	診療の内容		
療養の給付を受ける ことができなかった理由					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

--

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄