

健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書

(立替払、治療用装具等)

受付年月日

被 保 険 者 (申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ 負 傷 原 因)	①健康保険被保険者証の記号・番号		②被保険者の生年月日				備考	○						
	記号	番号	昭 平	年	月	日								
	③被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)						④事業所の 名称 所在地							
	(相続人からの申請の場合は被保険者氏名:)													
	⑤被保険者(申請者)の住所・電話番号 (フリガナ)											電話 ()		
	〒 -													
	⑥療養が被扶養者に関するときは、その方の		氏名	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者との続柄					
	⑦傷病名						⑧発病または負傷年月日 (療養開始日)		昭平令	年	月	日		
	⑨発病の原因(負傷の場合は⑭欄を記入して下さい)								第三者行為によるものですか いいえ ・ はい					
	⑩診療を受けた病院等		名称					診療した医師氏名						
		所在地												
⑪診療の期間(支給期間)		自	年	月	日	日数	入院・入院 外の別	入院の場合左記の入院期間		⑫診療に要した費用の額				
		至	年	月	日	日	入院外 入院	自	令和	年	月	日	日間	円
⑬申請理由		ア. 治療用装具購入のため(装着日 令和 年 月 日) イ. 健康保険被保険者証を使用できなかったため(理由) ウ. 以前加入していた健康保険資格で受診し、以前の健康保険に医療費を返還したため エ. その他(理由)												
⑭いつ		年	月	日	午前	午後	時	分						
どこで														
何の目的で														
何をしているときに														
どうなった														

申請者又は受取代理人が 記入するところ	⑮振込先		(フリガナ)				銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 別段 4: その他	
	口座番号					口座名義人の氏名 カタカナでご記入願います					

↑ 被保険者(申請者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

この欄は給付金の受取を代理人に委任する 場合のみ記入してください。	⑯受取代理人の欄		本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。				代理人の氏名		被保険者(申請者)との関係		
			令和 年 月 日				(フリガナ)				
	被保険者(申請者) 住所						代理人の住所・電話番号				
	氏名						(フリガナ)				
						〒 -				電話 ()	