

※健保組合使用欄	支給金額						決定	年 月 日			
							常務理事	事務長	課長	主任	扱
取得	期間	年 月 日から									
喪失		年 月 日まで									
証交付											

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家 族

療養費支給申請書は、月ごと、受診者ごと、医療機関（入院・外来・薬局）ごとに作成してください。
 1名分の外来と調剤薬局の申請をする場合は、申請書が2部必要です。
 月をまたいで外来と調剤薬局を受診した場合は申請書が4部必要です。

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ)		1. 昭和 2. 平成 年 月 日 3. 令和
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	家族（被扶養者）の方が受診した場合も申請者は被保険者となります。被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）				

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
			口座名義の区分 1. 被保険者 2. 代理人

被保険者以外の方の口座を指定する場合は「受取代理人の欄」に必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日	
		氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	被保険者と代理人との関係		
		住所 (フリガナ)			
		氏名			

「申請者記入用」は裏面に続きます。>>>

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
 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

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

被保険者氏名

申請内容

1 受診者	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
2 傷病名	3 発病または 負傷年月日		年 月 日
4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) 1. 病気 2. ケガ いつ どこで 何の目的で 何をして		
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	名称	所在地	診療した医師等の氏名
6 診療を受けた期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日
6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日
7 療養に要した費用の額	円		
8 診療の内容			
9 療養費の支給申請の理由	1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. 治療用装具を作成したため 装具装着指示日： 年 月 日 装具装着日： 年 月 日 5. その他 理由：		

【添付書類】

上記「9療養費の支給申請の理由」1～3に該当の場合

- ・診療報酬明細書（開封せずにご提出ください）
※医療機関の窓口で発行を依頼してください。
- ・領収書（原本）

上記「9療養費の支給申請の理由」4に該当の場合

- ・医師の指示・証明書（原本）
- ・領収書（原本）
- ・装具の写真

※治療用眼鏡、義眼を作成した場合は写真の添付は不要です。