

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

※ 添付書類及び記入例は当健保ホームページを参照ください

被保険者等 記号・番号	××	××××	事業所 名称	××××株式会社			
被保険者の 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
申請が被扶 養者に関す る場合	被扶養 者氏名	健保 良子		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月
傷病名	花粉症		⑩発病又は 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日
発病の原因 及び経過	投薬により軽快			第三者行為 によるもので すか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ 例) 交通事故やけんか等	
診療を受け た 医療機関	名称	第一総合病院		所在地	東京都××××××× ×-×-×		
	医師名	田中 二郎					
診療の内容	投薬			診療に要し た費用の額	4,840円		
申請理由	<input type="checkbox"/> 保険証を提示せずに受診 <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成(コルセット、弾性着衣、小児弱視等の治療用眼鏡等) <input type="checkbox"/> その他 (<input checked="" type="checkbox"/> 前加入健保から医療費の請求を受けた 前加入健保に返還した金額をご記入ください			
立替払の場合 (治療用装具作 成以外の場合)	診療期間	平成 令和 ××年 ××月 ××日	～	令和 ××年 ××月 ××日	1 日間		
	上記期間の うち入院期間	平成 令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間		
治療用装具を 作成した場合	医師() 具が必 めたら	記入不要 (治療用装具の申請時のみ記入)					日
被保険者振 込先口座 ※被保険者以外 への支給には、 「給付金受領委 任状」が必要で す	金融 機関名	×××銀行		支店名	新宿西支店		
	口座 番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	No. ×××××××	フリガナ 名義	ケンポ タロウ 健保 太郎		
上記のとおり申請いたします							
被保険者 住所 〒	×××-×××× 東京都××××× ×-×-×			令和 ××年 ××月 ××日			
氏名	健保 太郎			TEL	××-××××-××××		
				E-mail	××××@××.××.××		

備考欄

健保記入欄	(家族)療養費	円	常務理事	事務長	担当者
	一部負担還元金・家族療養付加金	円	資格取得日		
			平成 令和	年 月 日	
	高額療養費	円	資格喪失日		
			平成 令和	年 月 日	
	合計	円	令和	年 月 日	