SCSK健康保険組合 御中

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

請求者の記入するところ

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ タロウ 健保　太郎		生年月日	☑昭和 □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　花子	生年月日	☑昭和 □平成 □令和　年 × 月 × 日 ×	続柄 妻
傷病名	左足骨折		⑩発病又は負傷年月日	□平成 ☑令和　年 × 月 × 日 ×	
発病の原因及び経過	自宅の階段から落ちた		第三者行為によるものですか	□はい　☑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　次郎			
診療の内容	手術後、リハビリ中		診療に要した費用の額	23,020円	
申請理由	□ 保険証を提示せずに受診　□ 前加入健保から医療費 ☑ 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 □ その他 （				
立替払の場合（治療用装具作成以外の場合）	診療期間	平成　平成		日間	
	上記期間のうち入院期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		日間	
治療用装具を作成した場合	医師により装具が必要と認められた日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	医師により装具の装着が確認された日（弾性着衣・眼鏡は記入不要）	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 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	☑普通 No. □当座 ×××××××	ﾌﾘｶﾞﾅ 名義	ケンポ タロウ 健保　太郎	

治療用装具の購入金額をご記入ください

記入不要 （治療用装具以外の申請時に記入）

上記のとおり申請いたします

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

被保険者　住所　〒 ×××−×××× 東京都×××××　×−×−×

TEL ××−××××−××××

氏名　健保　太郎

E-mail ××××@××.××.××

備考欄	

健保記入欄

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