

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

被保険者証の記号・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 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 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	<input type="checkbox"/> 保険証を提示せずに受診 <input checked="" 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) <input type="checkbox"/> その他 (			<input type="checkbox"/> 前加入健保から医療費 治療用装具の購入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	平成	記入不要 (治療用装具以外の申請時に記入)			
	上記期間うち入院期間	令和	令和	年間	日間	日間	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	令和	年	月	日	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	令和	年	月	日	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	ケンポ タロウ		
				名義	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	年	月	日
	高額療養費	円	資格喪失日			
			平成	年	月	日
	合計	円	令和	年	月	日