

健康保険 被保険者 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 type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 傷病名 | かぜ | | 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 | 急に具合が悪くなったため受診し、処方された投薬にちり軽快した。 | | | 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 | XXXXXX | | 所在地 | 800 Greenwood Arbor, MI 48200 U.S.A | | |
| | 医師名 | John Smith | | | | | |
| 診療の内容 | 投薬 | | | 診療に要した費用の額 | 4,840ドル 再 | | |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 保険証を提示せずに受診 <input type="checkbox"/> 前加入健保から医療費の請求を受けた <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 checked="" type="checkbox"/> その他 (海外駐在中に受診したため) | | | | | | |
| 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 | ～ | 平成 令和 ××年 ××月 ××日 | 2 日間 | | |
| | 上記期間のうち入院期間 | 平成 令和 年 月 日 | ～ | 平成 令和 年 月 日 | 日間 | | |
| 治療用装具を作成した場合 | 医師が作成した装具の種類 | 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 | 金融機関名 | ×××銀行 | | 支店名 | 新宿西支店 | | |
| ※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 | 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 | TEL ××-××××-×××× | | |
| 氏名 | 健保 太郎 | | | 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 | 支給決定日 |