

健康保険 被保険者 療養費・療養付加金 支給申請書 (第 回目)

(4)(3)(2)(1) 海外に輸血による傷病の証明書、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した「翻訳文」を添付して下さい。

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号 番号	② 事業所の名称	③ 事業所の所在地				
	④ 被保険者の氏名と⑩	⑩			⑤ 生年月日	昭・平・令 年 月 日生		
	⑥ 被保険者の住所	〒 (TEL - - )						
	⑦ 療養が被扶養者に関するときは、その者の	ア) 氏名				⑧ 傷病名		
		イ) 生年月日	昭・平・令 年 月 日生			⑨ 発病 又は 負傷の年月日	平・令 年 月 日	
		ウ) 被保険者との続柄						
	⑩ 発病 又は 負傷の原因及びその経過	原因 経過					⑪ 第三者行為によるものですか	・ はい ・ いいえ
⑫ 診療を受けた病院等	ア) 名称				イ) 診療に従事した医師の氏名			
	ウ) 所在地							
⑬ 診療の期間(支給期間)	自 年 月 日 日間	至 年 月 日	⑭ 診療に要した費用の額		円			
⑮ 入院・入院外の別	・ 入院	⑯ 療養の給付を受けることができなかった理由						
	・ 入院外							
⑰ 診療の内容								

⑱ 振込希望銀行口座 ※被保険者名義	(フリガナ)				(フリガナ)				支店	
	銀行 信用金庫									
	種別	店コード	口座番号				名義人氏名	(フリガナ)		
	1. 普通									
	2. 当座									
	3. 貯蓄									

< 備考 > 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入してください。 ※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。

受領代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を、代理人に委任します。			令和 年 月 日
	被保険者 住所 氏名	⑩		
代理人 住所 氏名	⑩			( )

※印欄は記入しないでください。

※健保組合記入欄	療養費の別	1. 立替払い等				
		2. 治療用装具	支給種別	1. 初回支給	医師の同意年月日	
				2. 補修 3. 再支給	年 月 日	
3. 生血	輸血回数	回				
海外受診	・ 該当 ・ 不該当	備考				

— 受付日付印 —