

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

自署の場合、捺印不要

被保険者証の記号・番号		事業所の名称・所在地	
99	1000	〇〇〇株式会社 東京都品川区大崎〇-〇-〇	
(フリガナ) 被保険者氏名		ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 大 昭 48年 7月 10日生
被保険者住所		〒 141- 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇 電話 03-5470- 〇〇〇〇	
療養が被扶養者に関するときはその者の氏名		健保 花子	続柄 妻 生年月日 10 明・大 昭 平 50年 4月 10日生
傷病名		右上腕部骨折 発病または負傷年月日 27年 4月 30日	
発病または負傷の原因及びその経過		家の階段をふみはずし負傷した 第三者行為によるものですか はい ・ いいえ	
診療を受けた病院等の名称・所在地		△△△病院 160-0023 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇	
診療の期間		27年 4月 30日～ 27年 4月 30日 1日間 (入院・入院外) ※ 装具購入の場合、装着日を記入してください	
診療内容		装具	
種別		1. 自費診療 2. 装具購入 3. はり・灸・マッサージ 4. 海外診療 5. 血液購入 6. その他 ()	診療に要した費用 12,000 円
療養の給付を受けることができなかった理由 (詳しく記入)		業者が保険契約していなかったため ※ 自費診療の場合、保険証を提示できなかった理由を記入。単に忘れたという理由では申請不可。	

振込先 金融機関	〇〇〇 銀行	大崎 支店	普・当 No. 0000001
	(フリガナ) ケンポ タロウ 口座の名義 健保 太郎		

装具の場合、このように記入

(※) 受取代理人欄	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。		
	被保険者 (申請者) 住所 氏名		
	(フリガナ) 代理人氏名	委任者と代理人との関係	

(※) 受領を代理人に委任する時のみ記入。その場合の振込先は受領代理人のものを記入してください。