

被保険者  
家族

# 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	(7) 記号 <b>000</b>	(4) 番号 <b>0000</b>	② 生年月日	昭和 平成 令和 <b>00</b> 年 <b>00</b> 月 <b>00</b> 日 ( <b>00</b> 歳)		
	③ 被保険者の 氏名	(7) <b>ケンポ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>		④ 被保険者の 住所	〒 <b>000-0000</b> <b>00</b> 県 <b>00</b> 市 <b>00</b> 町 <b>1-1</b> 電話 <b>000 (000) 0000</b>		
	⑤ 事業所の名称 (会社名)	<b>株式会社0000</b>		⑥ 所属部署	<b>総務部</b>		
	⑦ 申請が被扶養 者に関する ときはその者の	(7) 氏名	被保険者との続柄 ( )		(4) 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 ( 歳)	
	⑧ 傷病名	<b>貧血</b>		⑨ 発病又は 負傷の年月日	<b>00</b> 年 <b>00</b> 月 <b>00</b> 日 (負傷の場合は : 時頃)		
	⑩ 発病又は負 傷の原因及び その経過	<b>会社の最寄り駅で倒れ、職員が病院について行って くれた。</b>			⑪ 第三者の行為によるものですか	はい ・ <b>いいえ</b>	
	⑫ 診療を受けた 病院等	(7) 名称 <b>0000病院</b> 医師の氏名 ( <b>00 00</b> )	(4) 所在地		〒 <b>222-2222</b> <b>00</b> 県 <b>00</b> 市 <b>00</b> 町 <b>2</b>		
	⑬ 診療の期間	自 <b>00</b> 年 <b>00</b> 月 <b>00</b> 日	至 <b>00</b> 年 <b>00</b> 月 <b>00</b> 日	<b>00</b> 日間	⑭ 入院 <b>入院外</b>	⑮ 診療に要した 費用の額	<b>0000</b> 円
	⑯ 診療の内容	<b>点滴</b>					
	⑰ 療養の給付を 受けることが できなかった理 由 (詳細に)	<b>急病だったため、保険証を携帯しておらず、病院に保険証を提示することができな かったため。</b>					

⑱ 振込先	<b>00</b> 銀行	受取人 口座番号 <b>0000000000</b>	1. 普通	フリガナ <b>ケンポ タロウ</b> 口座名義 <b>健保 太郎</b>
	<b>00</b> 支店		2. 当座	

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

⑲ 委任状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				年 月 日
	住所 〒		被保険者の 氏名		←
	代理人の 氏名	(フリガナ)	委任者と 代理人との 関係		
代理人の 住所	〒 電話 ( )				

給付金の受領を委任する場合は、被保険者・代理人それぞれが記入して下さい。同一筆跡不可といたします。

(注意事項)  
領収書(原本)と診療報酬明細書を添付して下さい。  
※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。