

健康保険

被保険者
家族

療養費 支給申請書

立替払・治療用装具専用 (被保険者記入用)

※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	事業所名称	
	氏名		④	生年月日	昭・平 年 月 日
	住所 電話番号	〒	—	電話番号(日中の連絡先)	()

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄()
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因		
		経過		
	診療を受けた病院等	名称		
		所在地	診療した医師の氏名	
	診療期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)		
	上記期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)		
	療養に要した費用	円	診療の内容	
療養の給付を受けることができなかった理由				

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

委任状	被保険者(申請者)	本申請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
	氏名		
代理人(事業主)	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。

※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> (代理人)
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

組合 使用 欄	支給対象額	円	備考	療養費の区分		
	一部負担額	円		自費	装具	その他
	支給額	円		前回	/	/

東京都家具健康保険組合