

組合記入欄	支給金額	
	支給期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日 日間
	備考	

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	第 号	事業所の 名称と所在地			
	被 保 険 者 氏 名		療養が被扶養者に 関するときはその者 の氏名・生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
	傷 病 名		発病又は負傷 の 年 月 日	平・令 年 月 日		
	発病又は負傷 の原因及び 傷病の経過					
	診療を受けた 医療機関等の	名称		所在地		
	診 療 し た 医 師 等 の	氏名				
	診 療 の 内 容				診療に要した 費用の額	金 円
	診 療 の 期 間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	日間	入院・入院外の別	入院外	入院
	療養の給付を受ける ことができなかった理由					
	第三者の行為に よるものですか	は い い い え				
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号					
	振込先 指定 口座	①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 <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)				受付日付印
	② 金融機関名	支店番号 ()			支店	
預金種別 口座番号	1:普通 2:当座					
預金名義人 (カタカナで記入)						

*被保険者以外の口座に振込む場合は「委任状」が必要です。

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--