

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	記入例

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	1 2 3 4 第 5 6 号	事業所の 名称と所在地	○×歯科医院 東京都豊島区○○1-2-3			
	被 保 険 者 氏 名	健保 太郎		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	感冒、急性胃炎		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	急に胃が痛くなり、発熱と咳の症状があった。					
	診療を受けた 医療機関等の 名称	長野○×病院		所在地	長野市○○1-2-3		
	診 療 し た 医 師 等 の 氏名	○○ ○○					
	診 療 の 内 容	診察及び咽喉処置、投薬			診療に要した 費用の額	金 4,140 円	
	診 療 の 期 間	自 令 ○年 ○月 ○日 至 令 年 月 日	1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	保険証を持たずに外出したところ、胃痛が起り、緊急やむを得ず受診した。					
	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 被保険者 住所 〒○○○-×××× 東京都豊島区上池袋○-○-○ 氏名 健保 太郎 電話番号 ○○-××××-××××							
振 込 先 指 定 口 座	①公金受取口座 □ 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☑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)	ケンポ タロウ					

***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	
-----------------------	--