

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
家族

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 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 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 ☐ 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 () 銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 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	
-----------------------	--