

|       |      |                           |
|-------|------|---------------------------|
| 組合記入欄 | 支給金額 |                           |
|       | 支給期間 | 自 令 年 月 日<br>至 令 年 月 日 日間 |
|       | 備考   | 記入例                       |

健康保険

被保険者  
家族

療養費支給申請書

|                                                          |                                                                                       |                                                                                |                                   |                         |              |         |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------|---------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被 保 険 者 等<br>記 号 ・ 番 号                                                                | 1 2 3 4<br>第 5 6 号                                                             | 事 業 所 の<br>名 称 と 所 在 地            | ○×歯科医院<br>東京都豊島区○○1-2-3 |              |         |
|                                                          | 被 保 険 者<br>氏 名                                                                        | 健保 太郎                                                                          | 療養が被扶養者に<br>関するときはその者<br>の氏名・生年月日 | 昭・平・令 年 月 日             | 被保険者<br>との続柄 |         |
|                                                          | 傷 病 名                                                                                 | 感冒、急性胃炎                                                                        |                                   | 発病又は負傷<br>の 年 月 日       | 平・令 ○年 ○月 ○日 |         |
|                                                          | 発病又は負傷<br>の 原因 及び<br>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<br>医療機関等の<br>名称                                                                | 長野○×病院                                                                         | 所在地                               | 長野市○○1-2-3              |              |         |
|                                                          | 診 療 し た<br>医 師 等 の<br>氏 名                                                             | ○○ ○○                                                                          |                                   |                         |              |         |
|                                                          | 診 療 の 内 容                                                                             | 診察及び咽喉処置、投薬                                                                    |                                   | 診療に要した<br>費 用 の 額       | 金            | 4,140 円 |
|                                                          | 診 療 の 期 間                                                                             | 自 令 ○年 ○月 ○日<br>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<br>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、胃痛が起こり、緊急やむを得ず受診した。                                            |                                   |                         |              |         |
|                                                          | 第三者の行為に<br>よるものですか                                                                    | は い<br>いいえ                                                                     |                                   |                         |              |         |
|                                                          | 上記のとおり申請いたします。<br>令和 ○年 ○月 ○日 住所 東京都豊島区上池袋○-○-○<br>被保険者 氏名 健保 太郎<br>電話番号 ○○-××××-×××× |                                                                                |                                   |                         |              |         |
|                                                          | 振<br>込<br>先<br>指<br>定<br>口<br>座                                                       | ①公金受取口座<br>□ 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。<br>(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。) |                                   |                         |              |         |
| ②<br>金融機関名                                               |                                                                                       | ○×○×                                                                           | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農 協         | 支店番号 ( ○○○ )<br>○○○ 支店  |              |         |
| 預金種別<br>口座番号                                             |                                                                                       | ①:普通 # # # # #<br>2:当座                                                         |                                   |                         |              |         |
| 預金名義人<br>(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<br>提出代行者名記入欄 |  |
|-----------------------|--|