

極秘

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費	目						係
支給決定並支出伺	支給(出)金額	円			支給期間	自	令和	年	月	日	
	支給決定日	令和	年	月	日	至	令和	年	月	日	
並支出伺	1立替払い等	2治療用装具	3あんまマッサージ師の施術	4はりきゅう師の施術	5生血輸血回数	資格	取得	昭・平・令 年 月 日			
	施術回数	1 初回支給	2 補修	3 再支給	※装着年月日	喪失	令和 年 月 日				
回数	1 初回支給	2 補修	3 再支給	※装着年月日	回数	期間	□1年以上/□1年未満				
回数	1 初回支給	2 補修	3 再支給	※装着年月日	回数	海外表示	備考欄				
回数	1 初回支給	2 補修	3 再支給	※装着年月日	回数	0 国内	備考欄				
回数	1 初回支給	2 補修	3 再支給	※装着年月日	回数	1 海外	備考欄				

※上の欄には記入しないでください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

●被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。また記入上の注意事項をよくお読みください。

被保険者	被保険者証の記号・番号	被保険者(申請者)氏名	事業所の名称									
	記号	番号										
保	被保険者の生年月日		被保険者(申請者)の住所・電話等									
	生年月日	□昭和 □平成 □令和	〒	-	TEL.	()						
者	療養が被扶養者に関する時はその者の	氏名	生年月日	□昭和 □平成 □令和	年	月	日	被保険者との続柄				
	傷病名	発病または負傷の原因とその経過	発病又は負傷年月日(療養開始日)	平・令	年	月	日	第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
入	診療を受けた病院等	名称	所在地	診療した医師氏名								
	診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	日数	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間	自	年	月	日
す	診療に要した費用額	円	診療の内容	療養の給付を受けることが出来なかった理由	1 治療用装具の支給申請のため 2 健康保険加入手続き中で手元に被保険者証がなかったため 3 その他()							
	備考欄											

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人情報確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

■給付金の受領方を他人に委任する時は、下記の受取代理人の欄に必要事項を記入してください。

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。
被保険者(申請者)の氏名及び印	代理人の住所氏名・印電話等

■委任しない場合は、上記の受取代理人欄には何も記入しないでください。

振込先指定口座	金融機関コード	店番号	預金種別	普通・当座	口座番号
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	口座名義人(カタカナ)		
<input type="checkbox"/> ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、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。(受取代理人を指定する場合は利用できません。)					

受付日付印

社会保険労務士記載欄

〔記入上の注意〕

- ① 標題(表面)の「被保険者」・「家族」の文字は何れか該当する方を丸(O)で囲んでください。
- ② 傷病の原因が第三者によるものであるときは、別に「第三者行為による負傷疾病の届」をこの書類に添付してください。
- ③ 負傷の原因が外傷等である場合は、別に「負傷原因届」を添付してください。
- ④ 振込先金融機関の欄には必ずご記入ください。記載がない場合には、問合わせ等で、振込みが遅れる場合もありますので予めご了解ください。