

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具、生血)

◎記入方法および添付書類等については、別紙の「記入上のご注意」を確認してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	③ 昭和・平成 年 月 日			
	④ 被保険者 (申請者) の住所	(〒 -)			TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
	⑤ 事業所の 名称	TEL ()					
	⑥ 受診者が家族 (被扶養者) の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄		
	⑦ 傷病名	⑧ 診療を受けた 医療機関等		名称	療養を担当した 医師氏名		
				所在地			
	⑨ 工作中、通勤途中 または第三者行為 によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 裏面4をご確認ください				
	⑩ 発病または 負傷の原因 及びその経過	(いつ) 平成 年 月 日 令和	(どこで)	(何をしています)			
	⑪ 立替払い の場合	診療の期間 (支給期間)	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間	
				日	入院・外来	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日 日間	
⑫ 治療用装具 の場合	装着日	令和 年 月 日	入院・外来	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日 日間			
⑬ 診療の内容				⑮ 診療に要した 費用の額	円		
⑭ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	1. 保険証を持っていなかったため (理由:) 2. 誤って前の保険証を使用したため 3. 治療用装具を作成したため			令和 年 月 日提出 受付日付印 (健康保険組合使用欄)			

⑯ 振込希望口座	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所		
	[金融機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>]	[店番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>]	
	預金種別	口座番号	フリガナ
<input type="checkbox"/> 普通	<input type="text"/>	<input type="text"/>	口座名義
<input type="checkbox"/> 当座	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

⑰ 委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。		
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑯の記入は不要です)		
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人		
	被保険者 (申請者)	住所	氏名
受取代理人 情報	住所	(〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	氏名	フリガナ	

〔備考〕
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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

<問合せ・送付先>
給付課 TEL 03-5925-5303
求償課 TEL 03-5925-5326

〒169-8516 新宿区百人町2-27-6
関東 I T ソフトウェア健康保険組合

社会保険労務士の 提出代行者の印

(令和3年6月改)