

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------|---|---|---|-----|--|--|--|--|--|------|-----|----|
| 組合 使用 欄 | 支給年月日 | 年 | 月 | 日 | 支給額 | | | | | | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | 資格取得日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | 資格喪失日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |

健康保険 被保険者・被扶養者（家族）療養費支給申請書

| | | | | | | | | |
|---|-------|---------------|------|----------|---|---|---|------------------|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号・番号 | ・ | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | | | | | Ⓜ | *自署の場合は押印を省略できます |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | |
| | | TEL (携帯可) - - | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------|--|---|------------------|----------|----------------|----------------|---|---|
| 申 請 内 容 | 受診者 | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族） | 氏名 | 生年 月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 傷病名 | | | | 発病または 負傷年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 発病の原因 及び経過 (詳しく) | (原因及び経過) | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 病気 _____ <input type="checkbox"/> ケガ ⇒ 「負傷原因届」を合わせてご提出ください。 | | | | | | |
| | 診療を受けた 医療機関等 | 名称 | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | |
| | 診療を受けた期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 日間 | | | | | | |
| | 上記期間に入院していた場合はその期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 日間 | | | | | |
| | 装具の装着について 指示を受けた日 | 年 月 日 | 装具装着日 | 年 月 日 | | | | |
| 診療の内容 | | | | | | 療養に要した 費用の額 | 円 | |
| 療養費支給 申請の理由 | <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 入社して間もなく、保険証が手元に届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、保険証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の健保等の保険証を使用してしまったため <input type="checkbox"/> その他 [] | | | | | | | |

| | | | | |
|-------------|-------|-----|------|-------------|
| 振 込 先 | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義 (カタカナ) |
| | | | 普通 | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|---------------|--|--|--|----|-------------|----------------|---|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者（申請者）・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと | | | | | | | | | |
| | 被保険者 (申請者) | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 | | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | 氏名・印 | 住所 | | | | | Ⓜ | 「被保険者情報」の住所と同じ | |
| | 代理人 (口座名義人) | 〒 - | TEL (携帯可) - - | | | | | | | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | | | | | Ⓜ | 申請者と代理人との関係 | | |

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。
 ● マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。
 【被保険者のマイナンバー】

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

事業所担当印

| |
|--|
| |
|--|

受付日付印