

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)
被扶養者 (立替払等、治療用装具、生血、食事差額)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			被扶養者 番 号	給付記録 番 号	受 取 代 理 人	受 付 年 月 日						
	①	②	③	昭 和	年	月	日	*	*	0 : 無 1 : 有	*	年	月	日		
	⑤ 被保険者 (申請者)の 氏名と印			(フリガナ)			⑥ 勤 務 先 (配属先) 事業所の	(ア) 名 称								
								(イ) 所 在 地								
	⑦ 被保険者 (申請者) の 住 所			郵便番号			(フリガナ)			(電話番号)						
	⑧ 療養が被扶養者に関する ときは、その方の			(ウ) 氏 名				(エ) 生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日	(オ) 被 保 険 者 と の 続 柄			
	⑨ 傷 病 名						⑩ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日 (療 養 開 始 日)			平 成 令 和	年	月	日			
	⑪ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 お よ び そ の 経 過						⑫ 第 三 者 の 行 為 に よ る も の で す か			0 : い い え 1 : は い						
										※「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付のこと						
	⑬ 診 療 を 受 け た 病 院 等			(カ) 名 称						(ク) 診 療 し た 医 師 の 氏 名						
			(キ) 所 在 地													
⑭ 診 療 の 期 間 (支 給 期 間)			自	年	月	日	⑮ 日 数	⑯ 入 院 ・ 入 院 外 の 別			(ケ) 入 院 の 場 合 、 左 記 の 入 院 期 間		(コ) 診 療 に 要 し た 費 用 の 額			
			至	年	月	日	日	0 : 入 院 外 1 : 入 院			自	平 成 令 和	年	月	日	日 間
⑰ 診 療 の 内 容						⑱ 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由										

振 込 希 望 口 座	金融機関	銀行 金庫 信組						本店 支店
	預金種別	1. 普 通 座 2. 当 座	口座 番号				口座名義	(フリガナ)

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						令 和	年	月	日
	被保険者 (申請者) 住 所 氏 名						⑲			
	代理人の 氏名と印				⑳			委任者と代理人 との関係		
代理人の 住所等	㉑									