

組合記入欄	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	資格取得日	装着年月日
							昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日
							資格喪失日	伺年月日
							令和 年 月 日	令和 年 月 日
健康保険 被保険者 療養費支給申請書						立替払い・治療用器具	支給額	¥ (内訳)

【ご注意ください】

- 訂正がある場合は被保険者(申請者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(申請者)以外の訂正は認められません。
- 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。
- 傷病の原因が「ケガ」の場合は「負傷原因届」、第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。
- 被保険者(申請者)及び事業所以外の代理人口座への給付金振込を希望する場合は、別紙・確認書類の添付が必要となります。

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	生年月日	昭・平	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		携帯電話番号				
				自宅電話番号				
住所	〒	-	都・道 府・県					
事業所名称								

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者(申請者) 氏名	本申請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
		代理人(口座名義人) 住所 氏名		

申請内容	療養を受けた方	氏名						
	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか (※はいの場合、【ご注意ください】③参照)	はい・いいえ			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	外傷によるものですか (※はいの場合、【ご注意ください】③参照)	はい・いいえ			
	療養の給付を受ける ことができなかった理由 (該当番号に○をつけてください。)	1. 当組合に加入後、医療費を全額自己負担したため。 2. 当組合に加入する前の保険者に医療費を返還したため。 3. 会計時、窓口に標準負担額減額認定証の提示ができなかったため。 4. 治療用の補装具、弱視治療用眼鏡を購入したため。 5. その他 () ※ 4・5の場合、傷病名・発病又は負傷年月日(療養開始日)を記入してください。						
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日				
	診療を受けた 医療機関名称	名称						
		所在地			診療した医師の氏名			
	診療期間(支給期間)	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで(日数 日)			
	上記期間に入院して いた場合はその期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで(日数 日)			
	療養に要した費用	円	診療の内容					

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄