

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (第 1 回)

※保険証の記号・番号を記入

被保険者証の記号番号	記号	1		被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日		
	番号	1234		令和	0	0	1	0	0	1					
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇マンション405号室										
	氏名	健保 太郎			電話	03 ( 8765 ) 4321									
生年月日	昭和・平成	50	年	5	月	15	日								
事業所名及び電話	〇〇〇〇事業所				電話	03 ( 1234 ) 5678				社員・職員コード	123456				
療養が被扶養者のときは、その者の氏名	健保 花子				続柄	妻		生年月日	昭和・平成	5	0	0	1	0	1
発病又は負傷年月日	平成	2	1	1	0	0	1	傷病名	感冒						
発病又は負傷の原因及び経過	咳がひどく、発熱したため、受診した。								第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい					
診療を受けた医療機関	名称	〇×総合病院				診療を担当した医師名	保険 三郎								
	所在地	東京都〇〇区10-10-10													
診療の期間(支給期間)	自	0	1	0	5	0	1	日数	区分	入院の場合左記の入院期間				診療に要した費用の額	
	至	0	1	0	5	0	1	1	入院外 入院	自	年	月	日	日間	※領収書を添付すること ¥5,500 円
診療の内容	点滴を受け、薬を処方された。														
療養の給付を受けることができなかった理由	入社して間もなく、手元に保険証がなかったため。														

被保険者が記入するところ

※自費診療(立替払い)に関する申請のときは、「診療報酬明細書(レセプト)」と「領収書」の原本を添付してください。

※輸血及びコルセット等治療用具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」の原本を添付してください。

※靴型装具に関する申請のときは、装具の写真も添付してください。(撮影方法は「靴型装具の写真について」を参照)

支払金融機関	〇〇〇		銀行	××	本店
	支店番号		信用金庫	信用組合	支店
	1	2	3	普通・当座	口座番号(右づめ)
名義人(フリガナ)		ケンボ タロウ			
		健保 太郎			

※被保険者名義の口座を記入

※被保険者名義の口座を記入して下さい。

令和 〇〇年〇〇月〇〇日提出

受付日付印