

健康保険 被保険者 療養費・付加金 支給申請書
 家 族

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 令和			
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 -)		都	道		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		府	県		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) ※喪失後給付に該当する場合は除く							

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)						
	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	普通	口座番号	<input type="text"/>	右づめでご記入ください。		
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					
	<input type="text"/>						

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者
家 族 療養費・付加金 支給申請書

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	1 被保険者 2 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名			3 発病または 負傷年月日 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過 いつ、どこで、何をして等)		
	<input type="checkbox"/> 業務上又は通勤途上、第三者の行為による負傷ではありません。			
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日数	日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日数	日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	年 月 日	8 装具装着日	年 月 日
	9 療養に要した費用の額	円		
10 治療用装具名・診療の内容				
11 療養費の支給申請の理由	該当の申請理由を☑してください。 <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 立替払い(理由: _____)			

○治療用装具を装着したときは、医師の「意見書」・「装具装着証明書」・領収書(原本)・装具作成確認書・装具写真(小児弱視等の治療用眼鏡は除く)を添付のこと。

○診療費の立て替え払いをしたときは、「診療報酬明細書」に準じる明細と領収書(原本)を添付のこと。