

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(申請者)情報	記号	777	番号	56565	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	57	7	20
					<input type="checkbox"/> 平成			
					<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ	健康 太郎						
住所	(〒 514 - 8888)	三重	都 道 府 県	松阪市栄町254				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 111 (0000) 1111							
<input checked="" 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	松阪北	銀行	金庫	信組	本店	支店	
			農協	漁協	出張所	本所	支所	
預金種別	普通	口座番号	3333333	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(ㇰ)は1字としてご記入ください。) ケンコウ タロウ							

「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 療養費・付加金 支給申請書
家 族

被保険者氏名 健康 太郎

申請内容	1 受診者	1 被保険者 <input type="radio"/> 2 家族(被扶養者) <input checked="" type="radio"/>		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 健康 保	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 23 年 8 月 8 日
	2 傷病名	左足関節捻挫	3 発病または 負傷年月日	令和 5 年 2 月 4 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) 令和5年2月4日(土)午後3時頃、松阪球場で野球の試合中に 足を捻挫した。 <input checked="" 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
		きいろクリニック	松阪市野村町88	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	5 年 2 月 4 日 から 5 年 2 月 9 日 まで	日数	6 日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	5 年 2 月 4 日	8 装具装着日	5 年 2 月 8 日
	9 療養に要した費用の額	8,649 円		
10 治療用装具名・診療の内容	左短下肢装具硬性			
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 checked="" 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。