

健康保険 本家 家族

療養費

支給申請書

確認欄
 この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。
①申請者本人（被保険者）が作成したものです。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。

令和 5年 5月 18日 提出

①事業所名称	〇〇〇農業協同組合			②被保険者証 記号-番号	100 - 11		
③被保険者氏名	健康 太郎	性別 男・女	④生年月日	昭和・平成 49年 2月 20日	⑤年齢	49	歳
⑥受診者が被扶養者の場合はその方の 氏名・性別・生年月日・年齢・続柄	氏名	健康 花子		性別 男・女	続柄	妻	
	生年月日	昭和・平成・令和 50年 1月 2日		年齢	48	歳	
⑦診療を受けた医療 機関名称・住所及び 医師氏名	名称	〇〇整形外科病院		医師氏名	⑧療養に要した費用		
	住所	水戸市〇〇町1丁目▲▲番地		茨城 一郎	25,000	円	
⑨傷 病 名	右足首捻挫・右上腕打撲			⑩診療区分	入院・外来・歯科・調剤		
⑪発病又は負傷の原因	発病又は負傷した時期 (原因及び経過)	令5年4月20日				第三者・業務災害 該当(不該当)	
⑫診療の内容	レントゲン撮影し患部を固定、痛み止め及び湿布を処方された。						
⑬診療又は手当の期間	令和 5年 4月 20日	～	5年 4月 20日	まで	⑮公費 マル福	該当	
⑭上記の期間に入院し ていた場合その期間	令和 年 月 日	～	年 月 日	まで	マル福	不該当	
⑯療養費の支給申請の理由	1 保険証が手元になかった（紛失・滅失等） 4 その他の理由 2 緊急やむを得なかった（外出先、旅行中等） ③ 保険証の交付が間に合わなかった（手続き中）						

⑰給 付 金 振 込 先	公金受取口座(マイナポータル)	<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。			※公金受取口座または健 保組合登録口座のいずれ かに囚して下さい。			
	健保組合登録口座	<input checked="" type="checkbox"/> 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。						
	受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日					
		受 取 代 理 人	(氏名)	(住所)				
			住所 代理人 (事業主)					
金融機関名称 及び預金種別				信連 農協 銀行	本店・支店	(普通・当座)		
口座番号	左づめでご記入下さい。							
(フリガナ) 名義人	(フリガナ)							

○被保険者のマイナンバー記入欄

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受 付 印

令和5年5月改訂版