健康保険 □本人 ☑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	○○○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	○○整形外科病院		医師氏名	⑧療養に要した費用		
	住所	水戸市○○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）		第3者・業務災害			
	令５年４月２０日	自宅で階段を踏み外し右足首を捻り転倒、その際右腕を階段に打った。		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				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） 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） 4 その他の理由 [ ]						

⑰給付金振込先													
公金受取口座（マイナポータル）	□ 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☑して下さい。
健保組合登録口座	☑ 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 （氏名） （住所）											
	受取代理人	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。
		（ﾌﾘｶﾞﾅ）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

茨城県農協健康保険組合