

健康保険  本家  人 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 年 月 日 提出

①事業所名称				②被保険者証 記号-番号	-		
③被保険者氏名	性別	④生年月日	昭和・平成 年 月 日		⑤年齢	歳	
	男・女						
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			性別	続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		年齢		歳	
⑦診療を受けた医療 機関名称・住所及び 医師氏名	名称			医師氏名	⑧療養に要した費用		
	住所					円	
⑨傷 病 名				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（ケガの場合は、「負傷原因届」を併せて提出して下さい）			第三者・業務災害		
	令和 年 月 日				該当・不該当		
⑫診療の内容							
⑬診療又は手当の期間	令和	年	月	日	～	年 月 日 まで	⑮公費 該当 不該当
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	
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☑して下さい。		
	健保組合登録口座	<input 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