

記入例

この申請書は申請対象者ごとに作成してください

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

被保険者証の 記号・番号	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社	
	被保険者の 氏名	〇井 〇美 (印)		生年月日	昭和 56年 6月 16日 平成
連絡先電話番号		03 (3000) 0000			
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇				
	申請対象者の 氏名	〇井 〇太		生年月日	昭和 16年 9月 6日 平成
被保険者との続柄		次男			
医療費助成を受けていますか					
いいえ ・ はい (乳幼児 ・ 障害 ・ ひとり親 ・ その他 ())					
診療期間と入院外来の別					
平成 29年 8月 10日 から平成 29年 8月 10日 (1日間) 入院 ・ 外来					
傷病名	右足捻挫		発病 (負傷) の年月日	平成 29年 8月 10日	
傷病の原因			登山中に転倒		
療養を受けた医療機関の名称・電話番号				療養に要した費用	
△□医院 03 (2000) 0000				9,465 円	
円					
申請理由 (該当番号に○印)			【添付書類】すべて原本を添付してください		
1 治療用装具			●明細のわかる領収書と医師の意見 (作成指示) 書 ※靴型装具の申請のみ当該装具の写真		
2 旧保険証使用			●請求書と返還金領収書、診療報酬明細書		
3 立替払 (理由旅行中のため 保険証不携帯)			●明細のわかる領収書		
4 小児弱視等の治療用眼鏡等			●領収書と医師の意見 (作成指示) 書		
5 海外 (国名)			●領収書と診療明細書と翻訳 渡航期間のわかる書類と同意書		
6 はり、灸・マッサージ			●領収書と診療明細書 (医師の同意があるもの)		
受取方法	【在籍中の方】	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。			
	会社へ委任 してください	被保険者氏名 〇井 〇美		(印)	
【退職後の方】 振込先を記入し てください (任 継者は記入不 要。登録口座へ 振込)	銀行・信金 信組・農協		本店 支店	普通 ・ 当座	
	口座 番号	(フリガナ) 口座名義	()		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

健保記入欄	レート	月 日 円	実費	円	査定額	円
-------	-----	-------	----	---	-----	---