

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

被保険者の記入欄	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	氏名	〇井 〇美		生年月日	昭和56年6月16日	
		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	氏名	〇井 〇朗		生年月日	平成14年5月20日	
		被保険者との続柄	長男				
		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 ()) 子ども					
		診療期間と入院外来の別					
		令和3年12月15日から令和3年12月20日 (6日間) 入院 ・ 外来					
傷病名		肺炎		発病 (負傷) の年月日	令和3年12月14日		
傷病の原因		不明					
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				
△△病院 03 (2000) 0000			196,488 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)			●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 (本人・家族以外が作成) 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、医師の同意書 診療明細書 (医師の同意と傷病名が記載されたもの)				
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					
	【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・その他 ()			
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

※年月日は元号でご記入ください。

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