健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

① 被保険者証	記号 番号	② 氏名		③ 生年月日	昭和 平成	年	月 日
④ 住所	〒 携帯電話			⑤ 部署名			
⑥ 家族が治療を受けたとき		続柄		⑦ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
⑧ 発症または負傷年月日	平成 令和 年 月 日	⑨ 傷病名					
⑩ 傷病の経過				第三者行為によるものですか いいえ ・ はい			
⑪ 診療を受けた医療機関	名称			医師名			
	所在地			電話			

⑫ 療養期間	自	年 月 日	日間	区分	入院の場合は入院期間	診療に要した費用の額
	至	年 月 日		入院外 入院	年 月 日 年 月 日	日間 **※領収書添付のこと** 円
⑬ 診療内容						
⑭ 保険証を使用できなかった理由	・治療用装具作成のため ・誤って前の保険証を使用したため ・保険証を持参していなかったため （理由： ）					
⑮ 確認欄	☐ この届出は私（被保険者）が作成したものであり、記載内容に誤りがない事を確認しています。					

※押印は要りませんが、チェックをしてください。

支払先	銀行					店名	本店 支店							
	普通・当座	口座番号											口座名義 （カタカナ）	

※振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。
被保険者名義人以外の口座へ振込みを希望の場合は、下記の委任状欄の記載が必要となります。

☐ 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。（利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

委任状	受領代理人氏名 私は上の者を代理人と定め、本請求の給付金受領に関する権限を委任します。 被保険者氏名

受付日印