

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

[ご確認]

◎立替・装具・診察報酬明細書(レセプト)と領収書(原本を添付してください。また他人の行為による場合は「第三者行為による傷病届」が必要となります。)

① 被保険者証の記号・番号	記号	番号	② 事業所名称			
③ 傷病名			④ 発病又は負傷の年月日	平・令	年	月 日
⑤ 発病又は負傷の原因	(負傷の場合は 時頃)					
⑥ 傷病の経過						
⑦ 診療を受けた病院の名称	名称			所在地		
⑧ 診療に従事した医師の氏名	氏名					
⑨ 診療の期間	自	平・令	年	月	日	日間
	至	平・令	年	月	日	⑩ 診療に要した費用の額
						円
⑪ 療養の給付を受ける事ができなかった理由	保険証手続き中であったため・保険証を忘れた為・装具等作成の為 ・その他 ()					
⑫ 第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある ない	第三者の行為 によって負傷	その事実の届出の有無	ある・ない		
			第三者の氏名と住所			
⑬ 申請が被扶養者に関するときは、その氏名	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
					被保険者 との続柄	
上記のとおり申請いたします。						
令和	年	月	日			
	〒	—				
住所						
被保険者の氏名						
TEL	()			
支払希望銀行等(該当する番号を○でかこみ必要事項を記入してください)						
1. 被保険者(請求者)の口座に振込んでください。	金融機関名		銀行・信金 信組・農協	支店名	支店	
2. 委任状 (口座名義が代理人の場合にご記入ください)			コード			
この給付金の受領を下記の者に委任します。 請求者氏名 (被保険者)			預金種別 口座番号	普通 当座	No.	
受領代理人	住所					
	氏名					
受領代理人名義の次の口座に振込んでください。			口座名義 (カタカナで記入)	個人	法人	