健康保険 被保険者 家族 療養費（療養付加金）支給申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者または請求者が記入するところ

届出年月日：　年　月　日 提出

被保険者情報

① 被保険者証の記号及び番号	記号	番号（従業員番号）	② （フリガナ）氏名	㊞
③ 事業所名称			④ 生年月日	年　月　日
⑤ 住所及び電話番号	〒　電話			

受診者および傷病に関する情報

⑥ 受診者の区分および氏名等	被保険者 / 被扶養者	氏名	続柄 / 生年月日：年　月　日
⑦ 申請理由	○緊急時等による被保険者証不携帯　○治療用装具の作製　○他の健康保険の資格による受診等　○その他（　）		
⑧ 傷病名		⑨ 発症または負傷年月日	年　月　日　当日 / 頃
⑩ 発症または負傷の原因と経過を詳しく			
	＊ ケガの場合、第三者の行為によって負傷したものですか　いいえ　はい →「はい」のときは別の届を提出していただくことがあります。		
⑪ 診療を受けた医療施設等の名称他	名称	所在地	診療した医師等の氏名
⑫ 診療内容			
⑬ 診療を受けた期間	年　月　日 から　年　月　日 まで　日間	⑭ 診療に要した費用の額	円
	（上の期間のうち入院があれば）　年　月　日 ～　年　月　日 まで　日間		

療養費の受領方法等

⑮ 委任状【被保険者が受領する場合】（給与口座へ振込み）	私は事業主を代理人と定め、療養費および同付加金の受領方を委任します。 被保険者氏名　㊞			
⑯ 被保険者以外が代理で請求・受領する場合は代理人の	（フリガナ）氏名　㊞		住所等	〒　電話
	被保険者との続柄または身分関係			
⑰ 振込希望口座【被保険者以外が請求する場合】（⑯の代理人の金融機関口座）	金融機関名称	銀行 / 金庫　信組 / 農協　本店 / 支店　支所 / 出張所		
	口座種別：当座 / 普通	口座番号（右寄せ）	ゆうちょ銀行は右欄に店番号	
	口座名義（カタカナ）			

診療費用の申請は、その診療に関する「診療内容についての明細書」および「領収証書」を添付してください。この両方またはどちらかがなく、療養費の支給決定ができない場合は、別途『領収（診療）明細書』に当該医療機関の証明を受けたものを添付してください。また、装具（コルセット、ギプス、義肢等）や輸血に関する申請のときは、それぞれ「装着が傷病の治療のために必要と認められる医療担当者の証明書」「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」に「実費についての領収証書」を添付してください。

受付日付印

健保使用欄

支給額	千　円	給付内訳	法定給付	円
支給日	年　月　日		付加給付	円
資格得喪日	取得：年　月　日		喪失：年　月　日	

被保険者証の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。証の記号・番号に代わり個人番号（マイナンバー）で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。