

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 ※黄色部分のみご記入ください

① 被保険者等 記号・番号	〇〇〇	〇〇〇	② 事業所	大阪本社・東京本社・退職者
③ 被保険者の氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		④ 被保険者の 生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成
⑤ 療養を受けた者の 氏名・生年月日 続柄	氏名	※療養が被扶養者である場合はご記入ください		
⑥ 症病名	※医師に診断された傷病名をご記入ください			
⑦ 発病または 負傷の 原因・状況 (なるべく くわしく)	いつ(発生日時)	令和 〇年 〇月 〇日	午前・午後 〇時 〇分頃	⑧ 第三者行為に よるものですか ・はい ・いいえ
	どこで(場所)	※詳しくご記入ください		
	なにをしていて			
	どのようにして			
	負傷したか			
	私用・通勤の行き帰り・工作中			
⑨ 診療又は手当を 受けた病院等の	名称	〇〇病院		
	所在地	大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇		
	医師の氏名	〇〇 〇〇		
⑩ 診療又は手当を 受けた期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日まで	〇 日間	⑪ 入院の有無 入院期間	あり・なし ※入院した場合のみ 期間をご記入ください
⑫ 診療又は手当を 受けた内容	※病院でどのような検査や治療を 受けたかご記入ください		⑬ 診療又は手当に 要した金額	〇〇,〇〇〇 円
⑭ 療養の給付を受けることが できなかった理由	資格の切り替え中だったなど、なるべく具体的にご記入をお願いします。 (例)誤って他の保険者の保険証を使用したため			
上記のとおり申請します。	※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください			
令和 〇年 〇月 〇日	⑮ 〒 530 - 0005	住所 大阪市北区中之島〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室		
	フリガナ ケンポ タロウ 被保険者(請求者) 氏名	健保 太郎		
※日中お電話がつながる番号をお書きください。	電話 (06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
⑯ 委任状	※どちらかに記入ください			
	⑰ 振込先口座			
	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☑。利用しない場合は下記の欄を記入		
	銀行 〇〇 金庫 〇〇〇〇 信組 〇〇〇〇 店・本店 〇〇〇〇 支店・出張所 〇〇〇〇			
⑱ 預金 種別	普通 ・当座	口座 番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
⑲ 口座 名義	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			