

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額					円
				支給期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日	日間

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 家 族

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日
	氏名・印	(フリガナ)	所属
	住所	(〒 -)	都(道)府(県)
	電話番号	TEL ()	

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 平成 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. ケガ <input type="checkbox"/> 2. 病気 負傷の原因(負傷した日時・負傷した場所・発生状況を具体的に記入ください。)
	5 診療を受けた医療機関等(※入院・外来・調剤ごとに申請書が必要です。)	名称 所在地 診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 7 療養に要した費用 円
	8 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. その他 ()

【添付書類】①診療の内容が記載された診療報酬明細書(原本) ②医療費の領収証(原本)を申請書に添付してください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) 2. 代理人

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記 の代理人に委任します。 氏名・印	平成 年 月 日	受付日付印
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印	委任者と代理人との関係	

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。※【注意】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