

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

|      |          |   |   |   |    |
|------|----------|---|---|---|----|
| 資格取得 | 平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 | 通番 |
| 資格喪失 | 平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 |    |

記入例

|  |                       |                                       |                           |                  |               |
|--|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------|------------------|---------------|
| 被保険者証                                      | 記号<br>1 1 2 3 4 5 6 7 | 番号<br>000                             | 事業所名称<br>00 株式会社          | 支店<br>00         | 課<br>00       |
| 被保険者氏名                                     | フリガナ<br>大東 太郎         | 被保険者生年月日<br>昭和 平成 40 年 1 月 23 日       | 電話番号<br>123 - 4567 - 8910 |                  |               |
| 被保険者住所                                     | フリガナ<br>〒 123 - 4567  | 東京都00区△△1-2-3                         |                           |                  |               |
| 受診者氏名                                      | フリガナ<br>大東 花子         | 受診者生年月日<br>昭和・平成<br>令和 40 年 3 月 21 日  | 被保険者との続柄<br>妻             |                  |               |
| 傷病名  | 右膝半月板損傷               | 発病又は負傷年月日（療養開始日）<br>平成 28 年 12 月 15 日 | 第三者行為によるものですか<br>はい ・ いいえ |                  |               |
| 発病又は負傷の原因及び経過<br>段差がある場所で足を踏み外し転倒。右膝を強打した。 |                       |                                       |                           |                  |               |
| 診療を受けた医療機関                                 |                       |                                       |                           |                  |               |
| 名称   | 00病院 00科              | 所在地                                   | 東京都00区00町00-00            | 医師名              | 大東 一郎         |
| 1 診療の期間                                    |                       | 2 入院期間                                |                           | 3 診療に要した費用の額     |               |
| 平成 28 年 12 月 15 日 から                       | 日数                    | 平成 28 年 12 月 1 日 から                   | 日数                        | 16,130 円         |               |
| 平成 28 年 12 月 15 日 まで                       | 1 日                   | 平成 28 年 12 月 15 日 まで                  | 15 日                      |                  |               |
| 4 診療の内容                                    |                       | 5 療養の給付を受けることができなかった理由                |                           |                  |               |
| 装具   |                       | 装具作成のため                               |                           |                  |               |
| 振込希望口座                                     |                       |                                       |                           |                  |               |
| 金融機関コード                                    | 銀行コード                 | 1 2 3 4                               | 支店コード                     | 1 2 3            | フリガナ<br>大東 太郎 |
| 金融機関名称                                     | 00                    | 銀行 信組<br>金庫 その他                       | △△                        | 本店 出張所<br>支店 その他 | 口座名義人         |
| 種別   | 普通・当座                 | 口座番号                                  | 1 2 3 4 5 6 7             |                  |               |

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。

《委任状》 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名

被保険者以外の口座に入金希望する場合のみ記入 代理人 住所 氏名

被保険者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。  
(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

受付印

1 装具の領収書の日付を記入してください

2 入院した期間がある場合は記入してください

3 装具の購入金額を記入してください

4 「装具」と記入してください

5 「装具作成のため」と記入してください

【提出していただく書類】  
・療養費支給申請書  
・装着証明書（作成指示書）の原本  
・装具の領収書の原本

【送付先】  
〒108-0075  
東京都港区港南2-16-1  
大東建託健康保険組合  
★郵送または社内メール便でお送りください