

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

記入例		記号	番号	事業所名称	〇〇 株式会社
被保険者等 記号・番号	1 1 2 3 4 5 6 7	〇〇	支店 営業所	〇〇	部 課
被保険者氏名	フリガナ ダイトウ タロウ 大東 太郎	被保険者生年月日	昭和・平成 40 年 1 月 23 日		
		電話番号	123 - 4567 - 8910		
被保険者住所	フリガナ ダイトウ タロウ 〒 123 - 4567	トウキョウト〇〇ク△△1-2-3 東京都〇〇区△△1-2-3			
受診者氏名	フリガナ ダイトウ ハナコ 大東 花子	受診者生年月日	昭和・平成・令和 40 年 3 月 21 日		
		被保険者との続柄	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）	令和 3 年 3 月 1 日		
		第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ		
発病又は負傷の原因及び経過					
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	〇〇病院 〇〇科	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇〇—〇〇		医師名
					大東 一郎
診療の期間	令和 3 年 4 月 5 日から	入院期間	令和 3 年 4 月 5 日から	診療に要した費用の額	
	日数		日数	16,130 円	
	令和 3 年 4 月 5 日まで	1 日	令和 3 年 4 月 10 日まで	5 日	
診療の内容	療養の給付を受けることができなかった理由				
4	装具		5 装具作成のため		
公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナンバー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。)			
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 ダイトウ タロウ
金融機関名称	〇〇	銀行 店舗 金庫 その他	△△	本店 出張所 支店 その他	〇座名義人
種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4	5 6 7	大東 太郎

- 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

※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。受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

《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

代理人 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

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