

## 健康保険

被保険者  
家 族

## 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

被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	〇〇 株式会社
	1 1 2 3 4 5 6 7		〇〇 支店	〇〇 部 課
被保険者氏名	フリガナ ダイトウ タロウ	被保険者生年月日	昭和・平成 40 年 1 月 23 日	
	大東 太郎	電話番号	123 - 4567 - 8910	
被保険者住所	フリガナ トウキョウト〇〇ク△△1-2-3			
	〒 123 - 4567			
	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	受診者生年月日	昭和・平成 40 年 3 月 21 日	
	大東 花子	被保険者との続柄	妻	
傷病名	感昌・気管支炎	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				
高熱を出し受診。病院にて気管支炎と診断される。				
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
1 診療の期間	2 入院期間	3 診療に要した費用の額		
令和 3 年 4 月 5 日 から	日数	令和 3 年 4 月 5 日 から	日数	37,800 円
令和 3 年 4 月 30 日 まで	3 日	令和 3 年 4 月 10 日 まで	5 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			
自費	・ 以前の保険証を使用してしまったため ・ 保険証の発行が間に合わなかったため 等			
公金受取口座	<input type="checkbox"/>	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。)		
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	口座名義人	フリガナ ダイトウ タロウ
金融機関名称	〇〇 銀行 信組 金庫 その他	△△ 本店 出張所 支店 その他	大東 太郎	
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。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

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

★申請書は以下の区分ごとに分けて  
記入していただく必要があります。

- ・ 受診者別
- ・ 診療月別
- ・ 入院・外来・調剤別
- ・ 医療機関別

1 診療の期間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 立替払いの金額（10割負担分）を  
記入してください

4 「自費」と記入してください

5 自費で支払った理由を  
記入してください

【提出していただく書類】

- ★立替払いの場合
- ・ 療養費支給申請書
- ・ 診療明細書
- ・ 領収書の原本

- ★以前の保険証を使用したことにより  
医療費を返還した場合
- ・ 療養費支給申請書

【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