

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	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	番号 1 1 2 3 4 5 6 7	事業所名称 OO 株式会社 支店 OO 部 営業所 課	OOO 株式会社 支店 OO 部 営業所 課
被保険者氏名 フリガナ 大東 太郎	被保険者生年月日 昭和・平成 40 年 1 月 23 日		
被保険者住所 フリガナ 〒 123 - 4567	電話番号 123 - 4567 - 8910		
受診者氏名 フリガナ 大東 花子	受診者生年月日 昭和・平成 40 年 3 月 21 日	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 OO病院 OO科	所在地 東京都OO区OO町OO一OO	医師名 大東 一郎
1 診療の期間 令和 3 年 4 月 5 日から 30 日まで	2 入院期間 令和 3 年 4 月 5 日から 10 日まで	3 診療に要した費用の額 37,800 円
4 診療の内容 自費	5 療養の給付を受けることができなかった理由 •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 □	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 OO	支店コード △△	フリガナ 大東 太郎
金融機関名称 銀行 借組 金庫 その他	本店 出張所 支店 その他	
種別 普通	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
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	
-----	--

★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