

被保険者 療養費支給申請書 (1)

被扶養者

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 1 回目)
被扶養者

【補記】
◎立替…診療報酬明細書(レセプト)と領収書(原本)を添付してください。
◎器具…医師の意見書(原本)と領収・明細書(原本)を添付してください。
◎ケガが原因の場合負傷原因内容を詳しく記入してください。また他人の行為による場合は「第三者行為による傷病届」が必要となります。

①被保険者証の記号・番号	記号 1000 番号 123	②事業所名称	株式会社〇〇運送	
③傷病名	急性胃腸炎	④発病又は負傷の年月日	平成 24 年 4 月 2 日 (負傷の場合は 時限)	
⑤発病又は負傷の原因	急な腹痛のため近くの病院で診療を受けた			
⑥傷病の経過	2~3日で快方に向う			
⑦診療を受けた病院の名称	〇〇病院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3	
⑧診療に従事した医師の氏名	〇〇四郎	住所		
⑨診療の期間	自 平成 24 年 4 月 2 日 至 平成 24 年 4 月 2 日	⑩診療に要した費用の額	9,500 円	
⑪療養の給付を受ける事ができなかった理由	資格取得手続中のため被保険者証を携帯していなかった			
⑫第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/>	第三者の行為によって負傷	その事実の届出の有無	ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/>
⑬申請が被扶養者に関するときは、その者の氏名	氏名 該当せず	生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者との続柄
⑭上記のとおり申請いたします。 平成 24 年 4 月 15 日 〒 100 - 0001 住所 東京都新宿区〇〇1-1 〇〇マンション101 被保険者の氏名 東貨 太郎 TEL 03 (xxxx) xxxx				
⑮支払希望銀行等(該当する番号を○でかみ必要事項を記入してください)				
⑯請求者名義の次の口座に振込んでください。 2.委任状 この給付金の受領を次の者に委任します。	金融機関名	〇〇 銀行 信金 信組 農協	支店名	〇〇 支店
請求者氏名(被保険者)	預金種別口座番号	当座	NO. 123456	
受領代理人 住所 氏名	口座名義(カタカナで記入)	個人	トウカ タロウ	
受領代理人名義の次の口座に振込んでください。				

- 被保険者証に記載されている記号と番号を記入してください。
- ケガが原因の場合、原因内容を詳しく記入してください。
- 診療を受けた病院等の名称、所在地、診療した医師の氏名を記入してください。なお、医師氏名が不明の場合は空欄としてください。
- 第三者行為に「ある」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。
- 申請が被扶養者に関するときは、被扶養者の氏名、生年月日、続柄を記入してください。
- 被保険者の氏名、住所、電話番号、申請する日を記入してください。
- ご希望の振込金融機関について記入してください。

【確認事項】

- 立替…診療報酬明細書(レセプト)と領収書(原本)を添付してください。
- 器具…医師の意見書(原本)と領収・明細書(原本)を添付してください。