健康保険　被保険者 / 被扶養者　療養費支給申請書

（第　　回目）

［ご確認］

◎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。
◎装具・・・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被保険者等記号・番号	記号　　番号		②事業所名称		
③傷病名			④発病又は負傷の年月日	平・令　　年　　月　　日 （負傷の場合は　　時頃）	
⑤発病又は負傷の原因					
⑥傷病の経過					
⑦診療を受けた病院の	名称		所在地		
⑧診療に従事した医師の	氏名				
⑨診療の期間	自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日　　日間		⑩診療に要した費用の額	円	
⑪療養の給付を受ける事ができなかった理由	保険証手続き中であったため・保険証を忘れた為・装具等作成の為 ・その他（　　）				
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 ・ な い	第三者の行為によって負傷	その事実の届出の有無	あ る ・ な い	
			第三者の氏名と住所		
⑬申請が被扶養者に関するときは、その氏名	氏名		生年月日　昭和 平成 令和　　年　　月　　日	被保険者との続柄	

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

〒　　—

被保険者の　住所

氏名

ＴＥＬ　　（　　）

受付日付印

支払希望銀行等(該当する番号を○でかこみ必要事項を記入してください)

1. 被保険者（請求者）の口座に振込んでください。□	金融機関名	銀行・信金 信組・農協	支店名	支店
			コード	
2. 委任状 (口座名義が代理人の場合にご記入ください) この給付金の受領を下記の者に委任します。 請求者氏名 (被保険者)	預金種別 口座番号	普通 当座	No.	
受領代理人 住所 〒	口座名義 (カタカナで記入)	個人		
受領代理人 氏名		法人		
受領代理人名義の次の口座に振込んでください。				

東京貨物運送健康保険組合