

# 健康保険

被保険者(本人)  
家族

# 療養費支給申請書

( 回目)

記入上の注意

2 1

診察を受けられたものではない、薬剤の支給だけを受けた場合は、装着年月日を記入してください。また、治療、用替、装具、器具、コルセット、小児弱視眼鏡等に関する申請のときは、装着年月日を記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号	② ご自身の事業 所の名称と所在地	TEL ( )
	③ 傷病名	番号	④ 発病又は負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
	⑤ 発病又は 負傷の原因			
	⑥ 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	⑦ 第三者の行為に よって負傷したときは	その事実の 届出の有無
	⑧ 診療を受けた 病院等の	名称		
		住所		
	⑨ 診療の内容		⑩ 診療に要した 費用の額	金 円也
	⑪ 診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	左の期間のうち入院期間 年 月 日 日間 年 月 日 日間
	⑫ 療養の給付を 受けることがで きなかった理由	記入上の注意 2		(装着年月日 年 月 日) (交付年月日 年 月 日)
	⑬ 申請が家族に関 するときはその者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
上記のとおり申請いたします。				年 月 日
被保険者(本人)				住所 〒 - TEL ( ) 氏名 (印)
税務会計監査事務所健康保険組合理事長殿				

受 取 代 理 人 の 欄	⑭ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	年 月 日
	被保険者 (請求者)	住所 氏名 (印)
	⑮ 代理人 の 氏名と印	フリガナ (印)
⑯ 代理人 の住所	〒 -	
⑰ 委任者と代理人との関係		

支払希望の銀行又は信用金庫 <b>普通預金指定</b>			
銀行 金庫	銀行コード	支店	支店コード
	普通預金		口座番号 (右詰で7桁記入してください)
口座名義人	フリガナ		

受付日付印

社会保険労務士 の提出代行者印	(印)
--------------------	-----

税務会計監査事務所健康保険組合

