

被 保 険 者 ・ 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

記入例

決裁 伺 令和

健保組合使用欄

シーケンスNO	支給決定合計額(イ+ロ)	法定給
	被保険者証の記号・番号	

被 保 険 者 の	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	提 出 年 月 日	西 暦
	氏 名	北 洋 太 郎			20××年××月××日
	住 所	郵便番号: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション〇〇〇号室			
	所属事業所名	北洋銀行 本店営業部			給与受取口座を指定
給付金振込口座 (給振口座を指定)	北洋 銀行 〇〇〇〇	支店	普通預金口座番号 = 1234567 口座名(カナ) = ホクヨウ タロウ		
受 診 者 の	氏名	北 洋 花 子	生年月日	昭・平・令 ××年××月××日	続柄 長女
傷 病 名	膝関節症 発熱 胃潰瘍 等				該当の番号に○
発病又は負傷の	年月日	平	初診日又は装具の処方日	原因	
傷 病 の 経 過	通院中 経過観察中 完治 等				
診療を受けた医療機関 等の住所・名称	住所:	〇〇市〇〇町〇〇番		領収書等から転記	
診療又は装具等の内容	名称:	医療法人〇〇整形外科		診療した医師等の氏名	北海 一郎
診療又は装具等に 要した費用(A)	領収書から転記		〇〇〇,〇〇〇 円	装着証明書から転記	於ける給付額算出基礎金額 (健保組合記入欄) 記入不要 円
保険 給付を受けることが できなかった理由	1. 健康保険証不持参 2. 治療用装具代金のため 3. その他				
傷病が第三者の行為に よるときは、その事実 ならびに、その第三者の 氏名・住所	氏名:	傷病の原因が他人によるもの場 合のみ記入			
	住所:	(氏名又は住所不詳のと			

- (注) 1. 「診療又は装具等の内容」は該当事項の番号を○で囲んでください
 2. コルセット、ギプス、義肢等に関する支給請求のときは、傷病の治療のために装着を必要と認めた「医師の証明」及び「領収書」を添付して下さい。
 治療用装具については、当該装具の写真の添付も必要となります。(治療用装具貼付用台紙に写真を貼付)
 3. 「医師の証明書」又は「領収明細書」が日本語以外で作成されたものであるときは、日本語の翻訳文を添付して下さい。
 4. 請求者が海外に在るときは、この請求書は事業主を経由して提出して下さい。

受付日

北 洋 銀 行 健 康 保 険 組 合