記入例

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

（第　　回目）

（注意事項）輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者等記号・番号	記号 1 / 番号 100	被保険者が勤務する（していた）事業所の	名称	㈱東友健保	
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		発病又は負傷の年月日	平成 令和　年　月　日	
発病又は負傷の原因（何をする時、どの様にして負傷したか具体的に記入してください。）	負傷の時刻	午前・午後　時　分	負傷の場所（どこで）		
	用務	勤務中・出勤途中・退社途中・私用	加害者の有無	有・無	
	不明				
傷病の経過					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	健康整形外科病院	医師氏名	広島　憲太郎	
	所在地	広島市南区大州6―6―6			
診療又は手当の内容		入院期間	自　年　月　日 至　年　月　日		
		コルセット装着日	平・令 6年 12月 15日		
診療又は手当を受けた期間	自 R6年 12月 10日 至　年　月　日	1日間	診療又は手当に要した費用の額	金 30,000 円也	
療養費申請の理由（該当する番号を○で囲んでください）	1. 治療用装具・眼鏡を作成したため 2. 他の保険者の資格を喪失後に受診し返還した医療費を申請するため 3. 加入して間もなく医療機関を受診し資格を確認できなかったため		4. その他（理由を詳しく記入してください） 理由		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	健保　正子	年　月　日	昭・平 令 40年 4月 3日	被保険者との続柄 母

公金受取口座を利用する場合は、金融機関名等の情報は記入しないでください。

☐ 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。）

㊟ 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、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。

払渡希望銀行	健康	銀行・信用金庫・信用組合・農協	広島	本店・支店・本所・支所	普通 No 7777777 当座 No フリガナ ケンポ タロウ 口座名義人 健保 太郎

令和 6年 12月 30日　提出　被保険者

住所　広島市南区大州1-1-1

氏名　健保　太郎

〒 7 3 2 − 0 8 0 2

生年月日　昭・平　5年 10月 1日

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。

備考欄	

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

委任	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。 令和　年　月　日	受付日付印
	被保険者の（請求者） 〒 住所 氏名	
	代理人の 〒 住所 氏名	