

被保険者  
家族

# 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	(7) 記号	(4) 番号	② 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳)	
	③ 被保険者の 氏 名	(フリガナ)		④ 被保険者の 住 所	〒  電話 ( )		
	⑤ 事業所の名称 (会社名)			⑥ 所属部署			
	⑦ 申請が被扶養 者に関する ときはその者の	(7) 氏名	被保険者との続柄 ( )		(4) 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳)
	⑧ 傷 病 名			⑨ 発 病 又 は 負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は : 時頃)		
	⑩ 発病又は負 傷の原因及び その経過			⑪ 第三者の行為によるものですか		はい ・ いいえ	
	⑫ 診療を受けた 病 院 等	(7) 名称	医師の氏名 ( )		(4) 所 在 地	〒	
	⑬ 診療の期間	自	年 月 日	日間	⑭ 入院・入院外	⑮ 診療に要した 費用の額	円
	⑯ 診療の内容						
	⑰ 療養の給付を 受けることが できなかった 理 由 (詳細に)						

⑱ 振 込 先	銀行	受 取 人	預 金 種 目	1. 普通	フリ ガ ナ	口 座 名 義
	店			2. 当座		
			口座 番号			

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

受 付 日 付 印

⑲ 委 任 状	本申請書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
	住 所 〒 被保険者の 氏 名					
	代理人の 氏 名	(フリガナ)			委任者と 代理人と の関係	
代理人の 住 所	〒					電話 ( )

(注意事項)

領収書(原本)と診療報酬明細書を添付して下さい。

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。