

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書(立替払等)

受付年月日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号・番号		生 年 月 日		所 属	
	—		昭和 年 月 日 平成			
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ		被保険者 (請求者) の住所	〒	
					電話	
	療養が被扶養者に 関するときは、 そ の 方 の		氏 名		生 年 月 日	
					昭和・平成・令和 年 月 日	
	傷 病 名				発病または負傷 年 月 日 (療養開始日)	令和 年 月 日 (曜日) 時刻 :
	発病の原因および経過 (詳しく)				第三者行為によるものですか	
					はい ・ いいえ	
					「はい」の場合は、「 第三者の行為 による傷病届 」を提出下さい	
	診療を 受けた 病院等	名 称			医 師 等 の 氏 名	
		所在地	〒		入院・入院外の別	入院 ・ 入院外
			電話			
診療の期間 (支給期間)	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間	入院の場合、左記の 診療期間中の入院期間		自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間		
診療の内容			診療に要した 費用の額	円		
療養の給付を受けるこ とができなかった理由						
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄						
金融機関名		店 名 (店 番)	預 金 種 別	口 座 番 号		
池田泉州銀行		()	普 通			

申請上の注意

・立替払等の場合は、医師の「診療明細書(傷病名の記載があるもの)」および「領収書」の原本を添付ください

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日				
	被保険者 (申請者)		住所 氏名		
	代 理 人		住所 氏名		
			電話		
	委任者と代理人 との 関 係 ()				
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄					
金融機関名		店 名	預金種別	口座番号	口 座 名 義
					フリガナ

池田泉州銀行健康保険組合