

# 健康保険 療養費支給申請書

被保険者  
 家族

被 必 保 記 入 し て 者 く だ が さ い 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証 の記号番号	記号 番号	② 被保険者の氏名 及び生年月日	(フリガナ ) ③ 昭和・平成 年 月 日生	④		
	④ 連絡先 (電話番号)	(内線)	(自宅)	-	(携帯)	-	
	⑤ 請求が被扶養者に関するもので ある ときはその氏名及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生			⑥ 傷病名		
	⑦ 発病又は負傷 の年月日	平成 令和 年 月 日	⑧ 発病又は 負傷の原因	負傷の原因は 第三者行為に よるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	⑨ 療養の給付を受ける ことのできなかつた理由				⑩ コルセット 等の装着	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	⑪ 診療を受けた 医療機関	名称 所在地				⑫ 入院外・ 入院の別	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院
	⑬ 診療又は手当の期間 (コルセット装着の場合は装着日)	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	⑭ 診療又は手当 に要した金額	円		
	⑮ 給付金の支払いについて	<input type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。 ⇒ 給与振込口座に支払います。⑯へ <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、任意継続被保険者である。 ⇒ 請求者の名義又は受領委任した代理人の名義の金融機関口座に支払います。⑰～⑱へ					
	⑯ 在職者	⑯ アストラゼネカ株式会社 代表取締役 堀井 貴史を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。 被保険者の氏名及び印					
	⑰ 退職者 (任意継続被保険者)	⑰ 委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(請求者)の氏名及び印 住所 代理人の氏名				

※この申請書に添えなければならない書類 \* 原本をご提出下さい

[ 受 付 印 ]

1. 保険証発行前・持参忘れ等により立替払いを行ったとき  
 医療機関が発行した「診療報酬明細書」等(診療の内容、内訳がわかるもの)  
 医療機関発行のものが入手できない場合は、別紙の領収(診療)明細書  
 領収書
2. コルセット、ギプス、義肢、治療用眼鏡を作成したとき  
 医師の意見および装着証明書(治療用眼鏡等の場合は作成指示書)  
 装具の内訳がわかるもの  
 領収書

※記入上の注意

1. 後期高齢者医療を受けられた人は、住所地の市町村でこの給付を受けてください。
2. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
3. ⑯には③と同じ印を押印してください。
4. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑯により代理人に給付金の受領委任をしてください。そのときは⑯に③に押した印と同じ印を押してください。
5. ⑧、⑩、⑫、⑮及び⑰の口には、該当する事項に✓を入れてください。