

**記入例**

申請者 ⇒  在籍会社人事部門（確認） ⇒ 荏原健康保険組合

被保険者  
 家族

**療養費支給申請書**

（第 1 回目）

被保険者（申請者）記入欄	被保険者証	記号 101	番号 123456	事業所名	(株) 荏原製作所		
	被保険者氏名	荏原 太郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	50 年 10 月 11 日	
	受診者 (どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為に	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 続柄 ( )
				<input type="checkbox"/> 令和			
	傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	2 年 1 月 17 日	
	発症または 負傷の原因	不明					
	負傷の経過	(良好・通院中など) 装具着用し、経過観察中					
	診療を受けた 病院等	名称	荏原病院		診療した 医師の氏名	木村 一郎	
		所在地	東京都大田区羽田旭町 -				
診療又は 手当の内容	検査後、装具着用		治療用装具申請の場合は領収証の 日付を記入ください。	自	令和	年 月 日	
	(投薬・注射・検査など)			至	令和	年 月 日	
診療又は手当 を受けた期間	自	令和	4 年 9 月 8 日	1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 15000 円也	
	至	令和	4 年 9 月 8 日				
療養の給付を受けること ができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 保険証交付前の受診 <input type="checkbox"/> 保険証不携帯 <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡 (9歳未満対象)		治療用装具申請の場合は装具 費用を記入ください。				
	<input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧の施術 (医師の同意が必要)						
	<input type="checkbox"/> その他 (						
上記のとおり申請します。				令和	4 年 10 月 1 日		
住所		東京都大田区羽田旭町		申請者以外の口座へ入金希望する場合は 委任状への記入が必要です。			
氏名		荏原 太郎					
荏原健康保険組合理事長 殿							

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記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				

振	金融機関名称	みずほ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店
			<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 出張所
			羽田	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	11111111	口座名義 (カタカナ)
				エバラ タロウ

※委任状により代理受領する場合は代理人名義の口座(申請者以外の方)を記入。

(申請書に添付する書類)

- ・治療用装具・領収書、保険医の証明書、靴型装具の申請の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
- ・保険証交付前の受診、保険証不携帯・領収書、診療報酬明細書(荏原健保に加入する前の保険証で受診したとき)
- ・治療用眼鏡(9歳未満対象)・領収書、作成指示書等
- ・はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧の施術(医師の同意が必要)・領収書、医師の同意書
- ・生血液の輸血を受けたとき・領収書、輸血証明書
- ・その他・荏原健康保険組合にお問い合わせください。