

記入例

申請者 ⇒  在籍会社人事部門（確認） ⇒ 荇原健康保険組合

被保険者  
 家族

療養費支給申請書

(第 3 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) 荇原製作所			
	被保険者氏名	荇原 太郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	50 年 10 月 11 日		
	受診者 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	家族の場合は その方の	氏名 荇原 華子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	30 年 12 月 12 日 続柄 (長女)			
	傷病名	近視性乱視 弱視		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) 定期的に通院中						
	診療を受けた 病院等	名称 荇原病院	所在地 東京都大田区羽田旭町	診療した 医師の氏名	木村 三郎			
	診療又は 手当の内容	治療用眼鏡の作成 (投薬・注射・検査など)		治療用眼鏡を申請する場合は領収証の日付を記入ください。	自 至	令和 年 月 日	金 年 月 日	
	診療又は手当 を受けた期間	自 至	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	32000 円也	
療養の給付を受けることが できなかった理由	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 治療用眼鏡 (9歳未満対象) <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)    治療用眼鏡を申請する場合は眼鏡にかかった費用を記入ください。 <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 荇原 太郎	荇原健康保険組合理事長 殿							

委任状	被保険者 (申請者)	住所	氏名	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
	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	羽田	<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
	<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(荇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・荇原健康保険組合にお問い合わせください。