

## 健康保険

被保険者  
家 族

## 療 養 費 支給申請書

記入例と添付書類もしくはホームページをご確認ください。

提出日 2021年 7 月 1 日

|                            |                 |                                                    |      |      |                   |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------------------------|------|------|-------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者証の<br>記号・番号 | 記号<br>1 6 - 1 2 3 4                                | 番号   | 生年月日 | 1 9 9 0 年 2 月 2 日 |
|                            | 氏 名             | フリガナ ケンポ タロウ                                       |      |      |                   |
|                            |                 | 健 保 太 郎                                            |      |      |                   |
|                            | 住 所             | 〒 1 4 1 - 0 0 0 1<br>東京都品川区大崎1-1-2 ライオンズマンション105号室 |      |      |                   |
|                            | 電 話 番 号         | TEL 0 3 ( 5 4 3 2 ) 6 7 8<br>9                     |      |      |                   |
| 金 融 機 関 称                  | ローソン            |                                                    | 銀行   | 本店   | 営業部               |
|                            | 種 別             |                                                    | 普通預金 | 口座番号 | 1 0 9 8 7 6 5     |
| 口 座 名 義                    | カタカナ ケンポ タロウ    |                                                    |      |      |                   |

|                           |                                                                                                                                                     |                                                                       |                    |                |                   |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|-------------------|--|
| 申<br>請<br>内<br>容          | 受 診 者                                                                                                                                               | 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)                                                   |                    |                |                   |  |
|                           | 被扶養者の場合は<br>その方の                                                                                                                                    | 氏 名                                                                   | 生 年 月 日            | 続 柄            |                   |  |
|                           |                                                                                                                                                     | 健 保 花 子                                                               | 1 9 9 2 年 2 月 2 日  | 妻              |                   |  |
|                           | 傷 病 名                                                                                                                                               | 急性気管支炎                                                                |                    | 発症または<br>負傷年月日 | 2 0 2 1 年 6 月 1 日 |  |
|                           | 発 病 の 原 因<br>お よ び 経 過                                                                                                                              | (原因および経過)<br>1. 病 気 不 詳<br>2. ケ ガ<br>※ケガの場合は、「傷病発生原因回答書」を合わせてご提出ください。 |                    |                |                   |  |
| 診 療 を 受 け た<br>病 院 等 の    | 名 称                                                                                                                                                 | 所 在 地                                                                 |                    | 診療した医師の氏名      |                   |  |
|                           | 大井町病院                                                                                                                                               | 東京都品川区大井町2-1-5                                                        |                    | 三浦 佑           |                   |  |
| 診 療 の 期 間 (支 給 開 始)       | 入院・入院外の別                                                                                                                                            | 入院の場合、左記の入院期間                                                         | 日 数                | 療養に要した費用の額     |                   |  |
|                           | 自 2 0 2 1 年 6 月 1 日<br>至 2 0 2 1 年 6 月 1 日                                                                                                          | 入 院 外<br>入 院                                                          | 自 年 月 日<br>至 年 月 日 | 1 日            | 5,000 円           |  |
| 診 療 の 内 容                 | 診療のうえ、薬を処方された                                                                                                                                       |                                                                       |                    |                |                   |  |
| 療養費の支給申請理由<br>(○をつけてください) | 1. 入社して間もなく、保険証が届いていなかったため<br>2. 緊急でやむを得ず受診し、保険証を持っていなかったため<br>3. 誤ってほかの健康保険の保険証を使用したため<br>4. 医師の指示により治療装具を作成・購入したため<br>5. 海外で受診したため<br>6. その他 (理由) |                                                                       |                    |                |                   |  |