

第	回	コー	ー
6	3	5	

健康保険 被保険者

療養費支給申請書(第 / 回目)
(立替払等、治療用器具、生血)

◎記入については、(記入上の注意)をご確認ください。
◎「印」印刷は記入しないでください。
◎添付書類等については裏面に記載してあります。必ずご確認ください。

① 被保険者証の記号・番号		② 生年月日		③ 交付年度		④ 年齢	
といち - 98765		000505		平成			
⑤ 被保険者(申請者)の氏名と印		⑥ 被保険者(申請者)の住所		⑦ 氏名		⑧ 住所	
田中利夫		埼玉県越谷市		旭金属産業		文京区本郷0-0-0	
⑨ 被保険者(申請者)の住所		⑩ 被扶養者(氏名)		⑪ 生年月日		⑫ 被扶養者の続柄	
343-01000		47マケンコシカマシ		年 月 日		⑬ 被扶養者の続柄	
(扶養人数) 2 (被扶養者番号) 1		埼玉県越谷市 8-9-10		電話 048(969) 8609			
⑭ 病名		⑮ 診断または負傷年月日(療養開始日)		⑯ 第三者の行為によるものですか		⑰ ⑱	
打撲傷、ネンサ		X X 年 10月 1日		X X 年 10月 1日			
⑲ 病名(負傷の場合は真面⑳を記入してください)の原因およびその経過		㉑ 診察を受けた病院等		㉒ 診察した医師氏名		㉓ 診察に要した費用の額	
打撲傷のため		本郷医院		本郷 純友		65,000 円	
⑳ 病名(負傷の場合は真面㉑を記入してください)の原因およびその経過		㉒ 診察を受けた病院等		㉓ 診察した医師氏名		㉔ 診察に要した費用の額	
打撲傷のため		本郷医院		本郷 純友		65,000 円	
㉕ 治療の内容		㉖ 治療の給付を受けることができなかった理由		㉗ 保険医で治療のため			
点滴、負傷のため		治療の給付を受けることができなかった理由		保険医で治療のため			

① 金融機関コード		② 普通口座		③ 振込先		④ 口座名義	
三井住友		越谷		三井住友		(フリガナ) タナカ トシオ	
⑤ 口座番号		⑥ 口座名義		⑦ 口座名義		⑧ 口座名義	
4321765		(フリガナ) タナカ トシオ		田中 利夫			

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

平成 年 月 日

被保険者 氏名 (申請者) 氏名 電話 ()

① 代理人の氏名と印	(フリガナ)	② 委任者と代理人との関係	平成 X X 年 10月 15日 提出
代理人の住所	(フリガナ)	電話 ()	受付日付印

社会保険労務士の 梶川 代行者印