

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)  
 家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

被保険者(申請者)が記入するところ	記号	番号	会社名					
	氏名	(フリガナ) (印)		生年月日	昭和・平成	年	月 日	
	住所	(〒 - )		電話番号	自宅	( )		
				連絡先	携帯	( )		
	被扶養者に関する申請のとき	(フリガナ) 続柄 ( )		生年月日	昭和・平成 令和	年	月 日	
	傷病名			発病または負傷の日	令和	年	月 日 午前・午後 時 分頃	
	発病または負傷の原因	どこで なにをしていて どのようにして負傷(発病)したか						
	診療を受けた病院または診療所の	名称			診療を担当した医師の名前			
		所在地	(〒 - )		TEL	( )		
	診療の期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	診療に要した費用	円		
保険診療を受けられなかった理由								
業務(通勤)災害によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	第三者の行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい → → <input type="checkbox"/> いいえ	「第三者の行為による負傷届」を提出してください			

振込先口座	被保険者名義の金融機関名		銀行・信金 信組・農協				本店・支店 出張所				
	預金種別	普通・当座	口座番号					口座名義カタカナ			