

被保険者
健康保険 療養費（付加金）支給申請書
被扶養者（立替払い等・治療用装具）

*被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合、備考欄に個人番号を記載してください。
（その場合、個人番号を確認する添付書類必要、被保険者証の記号番号は記載不要）

右枠内の①・②を確認の上、確認欄口にし点(チェック)を記入してください	確認欄	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。
	(チェック)	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号	記号 ×××	番号 ×××××	フリガナ ケンボ タロウ	被保険者氏名 健保 太郎	
	事業所名(所属部署)	日本たばこ産業(株)○○○部			被保険者との続柄 本人	
	フリガナ	ケンボ タロウ			業務上・通勤途上によるものですか	
	診療を受けた者の氏名	健保 太郎			はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
	傷病名	脳梗塞による左側麻痺			第三者の行為によるものですか	
	発病または負傷の原因その経過	数年前に脳梗塞となり、左側麻痺していて、関節が硬直している。				
	発病または負傷年月日	平成・令和××年	4月	7日	初診年月日	平成・令和××年 4月 7日
	診療期間	自 平成・令和××年	4月	7日	診療実日数	5
	診療内容	・医科	・歯科	・外来	診療に要した費用の額	5,000 円
		・調剤	・その他	・その他		
	医療機関および薬局または義肢製作所の住所および名称	住所 東京都△△市○○町1-1 名称 △△治療院				
	被保険者証を使用しなかった理由	1. 保険証を持っていなかった為 2. 保険契約がない為(治療用装具を装着したとき) 3. その他 { あんま・マッサージの施術を受けたため }				
	個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は口にし点を付けてください。)				
在職の方	本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。 令和 ××年 7月 20日 被保険者氏名 健保 太郎					
退職後の方	銀行 支店 <input type="checkbox"/> 口座番号 金庫 出張所 <input type="checkbox"/> 信用組合 支所 <input type="checkbox"/> 口座名義(カタカナ) 普通・当座					
	*被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 代理人の住所 電話番号 () 氏名					
上記のとおり申請します。 シェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者(申請者) 住所 令和 ××年 7月 20日 電話番号 ×××(×××)0000 氏名 健保 太郎						

☆被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にし点にご記入下さい。

在職の方の方は、給付金を事業主経由で支払いますので、受取代理人の欄にご記入下さい。

退職後(退職予定)の方は、給付金の振込先金融機関をご記入下さい。

なお、被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合には、委任欄のご記入が必要となります。

支払日付印 健保受付日付印

備考欄

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号を確認するための添付書類が必要です。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

