健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（立替払等）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者証の（右づめ）	227	350	☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 48 4 5
氏名	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎		
住所	（〒 332 － 0035 ） 埼玉 都 道 府 県 川口市西青木 ○－○－○		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 048 （ 258 ）△△△△		

振込先指定口座（被保険者口座）

金融機関名称	銀行コード： 0017 名 称： 埼玉りそな 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	支店コード： 357 名 称： 川口 本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	9876~~54~~45◇ 健保 太郎 左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。） ケンホ゜ タロウ	口座名義の区分	1 1．申請者 2．代理人

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名（フルネーム）を記入してください。

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人（健保口）の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 上記指定口座ではなく、健保口への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入ください。
代理人（健保口情報）	住所 （〒 ） （フリガナ） 氏名

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

下記の書類を添付の上、申請ください。

・医療機関が発行した領収書 （原本）

・医療機関が発行した明細書 （写し可）

※点数が記載されていて明細がわかる領収書であれば、領収書のみで構いません。

受付日付印

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（立替払等）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	健保　太郎

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名（フルネーム）を記入してください。

申請内容（※記入必須）

1 受診者	2　1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）	取得日または認定年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和　24 年 4 月 1 日
1 - ①家族の場合はその方の	氏名　健保　花子	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
2 傷病名	急性胃腸炎	3 発病または負傷年月日	平・令　年　月　日
4 発病の原因および経過（詳しく）	1　1. 病気　（原因および経過）原因は不明。突然の胃痛により受診。 2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。		

確認事項（分かる範囲でご記入下さい）

5 診療を受けた医療機関等の	名称：鳩ヶ谷総合病院	所在地：川口市南鳩ヶ谷◇ー◇
	名称：	所在地：
6 診療を受けた期間	☑ 平成 □ 令和　29 年 4 月 5 日 から 29 年 4 月 5 日 まで　日数 1 日	
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	□ 平成 □ 令和　年 月 日 から 年 月 日 まで　日数 日	
7 療養に要した費用の額	3，240 円	
8 診療の内容	問診、点滴、投薬。	
9 療養費の支給申請の理由	9　1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他　（理 由）被扶養者の加入手続き中で、保険証が手元に無かったため。	

申請時に右記の書類を添付してください。 ※添付を確認し、チェックしてください。	資格喪失後に以前の保険証で受診	保険証を提示せずに全額自己負担で受診
	□ 1. 医療費を返納した際の領収書（原本）	✓ 1. 医療機関が発行した領収書（原本）
	□ 2. 診療報酬明細書写またはレセプト写（開封厳禁の封筒）	✓ 2. 医療機関が発行した明細書（写し可）