

伺	の	日	年	月	日	常務理事	事務長	部長	課長	担当者	被扶養者台帳照合印	技官等意見			
支給	支給	金額			千	円									
		付加金 該当額			千	円									
決議	書	支給期間	自	年	月	日	日数	摘要	資格	取得	年	月	日	98条	1 該当 0 不該当
			至	年	月	日				喪失	年	月	日	海外	1 該当 0 不該当

3104	被保険者
3117	家族

**健康保険 被保険者 療養費支給申請書**  
**家 族**

(立替払等、治療用装具、生血)

◎記入上の注意については別紙をご覧ください。※印の欄は記入しないで下さい。

<b>被 保 險 者 ( 請 求 者 ) が 記 入 す る と こ ろ</b>	①被保険者(であった方)の記号・番号			②被保険者(または請求者)の氏名			③ 印		④ 生 年 月 日				
									昭	年	月	日	
	⑤被保険者の住所(請求者)		郵便番号		—		[電話番号]		( )				
	⑥ 事業所の名称												
	⑦申請が被扶養に 関するときは、 その方の		(a) 氏名	(b) 生年 月日		昭平	年	月	日	(c) 被保険者 との続柄			
	⑧発病又は負傷の 日時及び傷病名		平成 年 月 日 ( 曜 )		⑨ 傷病名								
	⑩発病又は負傷の 原因及びその経過								⑪第三者によるものですか 0. いいえ 1. はい				
	⑫診療を受けた 病院等の		(d) 名称	(e)診察した 医師名									
			(f)所在地										
	⑬ 診療の期間 (支給期間)		自	年	月	日	⑭ 日数	⑮入院外 入院の別		⑯ 入院 期間			
		至	年	月	日		0. 入院外 1. 入院 →		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間				
⑰ 診療の内容						⑱ 療養に要した 費用の額		⑲ 治療用用具の 装着年月日					
						円		平成 年 月 日					
⑳ 療養の給付 (保険診療) を受けることが、 できなかった理由													
備考欄		被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらへ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)											

(1) 委任状欄	本請求に基づく給付金に関する代理人に委任します。						※支給区分	
	(2) 平成 年 月 日 被保険者の氏名 印 (請求者)						※受付印	
(4) 振込先欄	(3) 氏名 印 受領代理人の住所							
	◎会社を退職した方が、直接給付金を受け取る場合に記入。(委任状は不要)							
	銀行		支店					
信金								
普通・当座		フリガナ						
口座番号		口座名義人						

H29.1HP

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

**計機健康保険組合**

## [記入上の注意]

- ◎ 表題の「被保険者」と「家族」の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。尚、「被保険者」の文字を○で囲んだときは、⑦の(a)(b)(c)欄に「該当せず」と記入して下さい。その他の欄はもれなく記入して下さい。
- ◎ 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は(d)(e)(f)⑬⑮⑯⑰⑱の欄はそのように読み替えて記入して下さい。
- ◎ 字句を訂正する場合は、誤った文字を抹消して氏名欄の印を押し、そのうえに正しい字句を記入して下さい。
  - ①欄は、健康保険の被保険者証（カード）の記号・番号を記入して下さい。
  - ②欄を被保険者が自署した場合に限り、③欄に押印する必要はありません。但し、(2)の印は必ず押して下さい。尚、③欄に押印した場合は、(2)及び訂正印は同一の印を押して下さい。
  - ③、(2)、(3)の各欄、訂正箇所には記入者と同じ印をはっきりと押して下さい。
  - ④、⑦－(b)、⑪、⑮欄は、それぞれ該当する項目を○で囲んで下さい。
  - ⑤欄の、電話番号は必ず記入して下さい。
  - ⑥欄は、被保険者の勤務している（していた）会社の名称を記入して下さい。
  - ⑦欄の、(c)欄には被保険者よりみた続柄を具体的に記入して下さい。
  - ⑩欄は、発病または負傷の原因及び経過を具体的にできるだけ詳しく記入して下さい。（どこで、何をしていた、どうしたのか等。）
  - ⑪欄で、「第三者の行為によるもの」とは、けんかや交通事故等で第三者が関与している場合をいいます。
  - ⑯欄は、⑮欄で「入院」を○で囲んだ場合にその入院の期間と日数を記入して下さい。
  - (1)欄は、(2)に被保険者、または被保険者が死亡した場合で請求者が受領を代理人へ委任するときは、請求者の氏名を、(3)は受領代理人の氏名を記入し、それぞれの欄に必ず押印して下さい。
  - (4)欄は、退職または被保険者の死亡により請求者が給付金を直接受領する場合に振込先を記入して下さい。尚、口座名義人は必ず請求者と同一人として下さい。この場合、(1)「委任状」の記入は不要です。
  - 備考欄は、記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合のみマイナンバーを記入して下さい。なお、マイナンバーで申請する場合は、本人確認書類等が必要になります。
- ◎ 負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作成のうえ、この申請書に添付して下さい。
- ◎ 請求書、証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- ◎ 添付書類の詳細については計機健康保険組合・保険給付課03-3264-4428へご確認ください。