

健康保険被扶養者療養費支給申請書

◎記入するときは、「裏面の記載要領」をご覧ください。

請求者が記入するところ	①被保険者の 記号・番号		(記号)	(番号)	②事業所名				
	被保険者の (請求者の) 氏名 住所 郵便番号	③氏名	フリガナ		④住所 Tel ()	〒 — ()			
	⑤療養を受けた 者の氏名・生年 月日及び続柄		氏名			⑥傷病名			
			生年月日	昭・平・令	年	月	日	⑦発病又は 負傷の年月	令和 年 月 日
			続柄			⑧傷病の経過			
	⑨発病の原因打 撲・捻挫・骨折 等のときは下欄 の負傷届へ記入 して下さい。				⑩診療を受けた 病院等の名称と 所在地及び診療 した医師の氏名	(病院名・所在地)			
						(医師氏名)			
	負傷届 (負傷の 発生状況)	いつ	年	月	日	午前	時	分	
		どこで(場所)				⑪診療又は手当 を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	
何の目的で				⑫診療又は手当 を受けた内容					
何をしているときに				⑬診療又は手当 に要した費用		円			
⑭申請理由該当 理由を○で囲ん で下さい。		ア. 治療用装具購入のため [装着日 年 月 日] イ. 健康保険被保険者証を使用出来なかったため 渡航期間 令和 年 月 日～ 年 月 日 ウ. 海外で受診したため 渡航目的・ 海外滞在の理由 エ. その他 ()							
⑮給付金の受領方法	希望するところに ○をつけて下さい		A 銀行振込 B 健保組合の窓口支払い C 代理人に委任						
	A, Cに○をつ けた方は記入し て下さい。		通帳をお確かめのうえご記入下さい。						
	被保険者又は請 求者の口座に限 ります。		フリガナ () () 銀行 支店 (普通) 信用金庫 出張所 口座番号 フリガナ 名義人氏名						
備考	Cに○をつけた 方は記入して下 さい。 請求者印は③欄 に押した印に限 ります。		この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 被保険者(請求者)氏名 _____						
	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、備考欄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、本人確認するための添付書類が必要です。)								

受付年月日

⑯同意書	療養を受けた海外の医療機関に大阪金属 問屋健康保険組合が文章等により当申請 内容を照会することに同意します。
	被保険者名

領収書	¥
	上記金額を領収しました。
	年 月 日
	氏名

記入しないで下さい。

装具写真貼付台紙

被保険者証 記 号		被保険者証 番 号		被保険者氏名	
--------------	--	--------------	--	--------	--

今回作製した装具の写真を貼り付けて下さい。

- ①装具全体像
- ②サイズ、ロゴ表示等があればその箇所

①装具全体像(装具全体が見えるようにお願いします)

(写真貼付)

②サイズ、ロゴ表示箇所

(写真貼付箇所)