

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・印・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	年	月	日	⑦発病又は負傷の年月	平成 _____ 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)	
	負傷届(負傷の発生状況)	いつ	年	月	日	午前 _____ 時 _____ 分	⑪診療又は手当を受けた期間	年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
		どこで(場所)				午後 _____ 時 _____ 分		⑫診療又は手当を受けた内容
		何の目的で					⑬診療又は手当に要した費用	
何をしているときに								
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 ウ. 海外で受診したため [渡航期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日] [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。 被保険者又は請求者の口座に限ります。	通帳をお確かめのうえご記入下さい。 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 _____ ⑩に委任します。 被保険者(請求者)氏名 _____ ⑩						
	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。	領収書	¥
	被保険者名 _____ ⑩		上記金額を領収しました。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ ⑩

記入しないで下さい。