

<記入例> 保険証不所持の場合

※診療月毎、入通院毎にご記入ください。また、複数の医療機関にかかった場合は医療機関毎にご記入ください。

健康保険被保険者療養費支給申請書

健康保険証の名前の上に記載してある記号・番号をご記入ください

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	コーセーG・アルビオン・その他()			
		3 0	1 2 3 4 5	所属	〇〇〇 部・課 支店			
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ		生年月日	社員番号			
		健保 花子		昭和 平成	2 年 1 月 1 日		98A98	
	被保険者の現住所 及び連絡先	〒 103 - 0027		TEL	XXX (XXXX) XXXX			
		東京都中央区日本橋〇-〇-〇						
	傷病名	気管支炎		発病又は負傷の 年月日	令和 3 年 5 月 10 日 (負傷の場合は 時頃)			
	発病又は負傷の原因	風邪をこじらせて発病		傷病の経過	通院にて治療・経過良好			
	診療を受けた機関の 名称	×××医院		所在地	〇〇県□□市〇〇9999			
	診療の内容	診察、投薬						
診療の期間	自 令和 3 年 5 月 10 日	日間	診療に要した 費用の額	金 4,000 円也				
	至 令和 3 年 5 月 15 日							
療養の給付を受ける ことができなかった理由	保険証交付手続き中だったため							
第三者行為によって負傷 したものであるか否か	ある ない	第三者行為による傷病届の提出の有無		ある ない (健保までご連絡ください。)				
申請者が被扶養者に関 するときはその者の	氏名	健保 小太郎		生年月日	昭和 平成 令和	3 年 5 月 5 日	被保険者との続柄	長男
医師に照会が必要な場合の事前同意		私は、保険者(コーセー健康保険組合)が、給付に関して必要があると認めたときは、文書その他の物件により医療機関、事業所、官公庁等に認定に必要な情報を提供、報告を求めることに同意します。なお、照会先が複数となる場合は、本同意の写しも有効と認めます。						
※給付に関する同意をしいただけない場合は、健康保険法第121条により、保険給付の全部又は一部の支給を行わないことがあります。		被保険者氏名		健保 花子				
委任状				令和 3 年 6 月 20 日				
給付金の受領を事業主に委任します								
被保険者氏名(自署)		健保 花子						
◇上記は在職者のみ記入。退職者・任意継続被保険者の方は、下記へご記入ください。								

銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行		支店
普通預金口座番号			
口座名義 (請求者同一)	フリガナ	氏名	

受付印

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

- <必要添付書類> ① 「診療報酬明細書」(原本)
② 「領収書」(原本)