

被保険者

療養費支給申請書

保険証を提示できずに
診療を受けた場合

被扶養者

日本ヒューレット・パッド健康保険組合

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------|--------------|--|
| 被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ | ①被保険者証の 記号・番号 | 記号 ○ | ②被保険者の 氏名と生年月日 | 健保 康夫 | | | |
| | | 番号 ○○○○ | | ■昭和 □平成 ○○年○月○日 | | | |
| | ③被保険者の 住所 | 〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町5-6-7 | | TEL 03-1234-○○○○ | | | |
| | ④被扶養者に 関する申請のとき | フリガナ ケンポ タロウ | 生年月日 | 被保険者との続柄 | | | |
| | | 氏名 健保 太郎 | □昭和 ■平成 □令和 | ○○年○月○日 | 長男 | | |
| | ⑤傷病名 | 右足首骨折 | | ⑥発病又は 負傷の年月日 (療養開始日) | □平成 ■令和 | ○年5月3日 | |
| | ⑦発病又は負傷の 原因及びその経過 | 帰省先の階段で足を滑らせ転落したため | | | | | |
| | ⑧診療を受けた 病院等の名称 及び所在地 | 名称 ○○○病院 | 医師 氏名 | ○○ △△△ | | | |
| | | 所在地 大阪府○○区○○町1-1-1 | | | | | |
| | ⑨診療の期間 (支給期間) | (自) 令和 ○年5月3日 | (至) 令和 ○年5月18日 | (日数) | 3日 | ⑩入院・ 外来の別 | |
| ⑪入院の場合 入院期間 入院中の食事の回数 | (自) 令和 年 月 日から | (至) 令和 年 月 日まで | 日間 | ⑫療養に要 した費用の額 | 23,000 円 | | |
| ⑬申請理由 | □治療装具を購入した (治療装具装着 令和 年 月 日) | | ⑭業務(通勤)災害 によるものですか | □はい ■いいえ | | | |
| | ■当健保の被保険者証を提示できずに診療を受けた | | ⑮第三者行為に よるものですか | □はい ■いいえ | | | |
| | □はり・きゅう、あんま・マッサージの診療を受けた | | ⑯市区町村から医療費の 助成を受けていますか | ■はい □いいえ | | | |
| | □その他() | | | | | | |
| ⑰振込先 被保険者名義の 口座を指定 | 銀行名 ○○銀行 | 金融 コード | ○○○○ | 口座名義 (被保険者) | カタカナで記入 ケンポ ヤスオ | | |
| | 支店名 ○○支店 | 支店コード | ○○○ | 預金種別 | □当座 ■普通 | | |
| | 口座番号 ○○○○○○○○○○ | ⑱提出日 | 令和 ○年 ○○月 ○○日 | | | | |

受付日付印