

被保険者情報	被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)	受診者氏名	健保 太郎
	傷病名	インフルエンザ	受診者の生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日
	発病の原因および経過	高熱のため、急ぎ旅行先の病院で受診した。		
	診療を受けた医療機関名称	〇〇医院	診療を受けた医療機関住所	福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
	診療を受けた期間	令和●●年●●月●●日から 令和●●年●●月●●日から ●日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日
	療養に要した費用	12,000 円	診療の内容	診察および投薬を受けた
療養費の支給申請の理由(該当に○)	1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. その他()			
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ はい	業務上、通勤途上によるものですか	いいえ はい	
※「はい」の場合は、別途届出が必要です。				

委任状	※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> ①本申請書の提出を事業主に委任します。			
	※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。 ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			
	被保険者(申請者)	氏名	令和 年 月 日	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名			

振込先情報	金融機関コード	1234	支店コード	123	
	金融機関名称	●●	銀行 信用金庫	●● 本店 支店	
	預金種別	普通	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)

【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※レセプトの添付が不可能な場合は2枚目の領収(診療)明細書に医師の証明をもらってください。
- 領収書(原本)

受付日付印

