

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 (回目)

記入上の注意

2 1

診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、読み替えて記入してください。
また、それ以外の申請のときは、健康保険証の交付年月日を記入してください。

被
保
険
者
が
記
入
す
る
と
こ
ろ

被保険者証の 記号と番号	記号	〇〇〇〇	事業所 名称と 所在地	GEジャパン株式会社 東京都港区赤坂5-2-20赤坂パークビル TEL ()			
	番号	〇〇〇〇					
傷病名	左上腕骨折		発病又は負傷の 年月日	令和3年 4月 15日 (負傷の場合は 8 時頃)			
発病又は 負傷の原因	自宅階段でつまづき転倒した。						
傷病の経過	近くの病院で処置を受ける。						
診療を受けた 病院等の名称・住所	名称	〇〇〇〇医院		診療に従事した 医師の	氏名	健康 一郎	
	住所	東京都〇〇区〇〇町1-2-3		※医師の氏名が分からない場合は、 「不明」とご記入ください。			
診療の内容	外科処置		診療に要した 費用の額	28,000 円			
診療の期間 (記入上の注意 2)	自	令和3年 4月 15日	1 日間	入院の場合 入院期間			
	至	令和3年 4月 15日		年 月 日	(日間)		
	(装着年月日 年 月 日)		(保険証交付年月日 年 月 日)				
療養の給付を受ける ことができなかった理由	「保険証不携帯で受診したため、医療費を全額自己負担することとなった。」 「補装具のため。」など						
第三者の行為によって 負傷したものであるか 否か	ある ・ ない		その事実の届出の有無		ある ・ ない		
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)				
申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和	9 年 5 月 10 日	被保険者 との続柄	長女
上記のとおり申請いたします。			令和3年 4月 20日				
		住所	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-1-1				
		被保険者 (申請者)	TEL	00-0000-0000		健 保	
		氏名	健保 太郎				

支払金融機関			銀行	本店
			金庫	支店
	支店番号	普通 ・ 当座	口座番号	
名義人(フリガナ)				

受付日付印