

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

被保険者証の記号番号	事業所の名称					
被保険者の氏名	ツガナ		昭和 平成		年 月 日	
被保険者の住所	〒 ( ) 電話 ( )					
療養が被扶養者に関するときはその方の氏名	氏名	続柄	生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日	
傷病名			発病または負傷の年月日		平成 令和 年 月 日	
発病の原因及び経過						※負傷の場合は、「負傷原因報告書」を、第三者行為によるものである時は「第三者行為による傷病届」を提出してください。
診療を受けた病院等の名称・所在地・医師の氏名						
診療の期間	平成・令和 年 月 日から		日間	入院・入院外	診療に要した費用の額	円
診療の内容						
療養の給付を受けることができなかった理由						

公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合下記金融機関名を記入)					
払渡希望金融機関名	銀行 信用金庫					支店
口座番号	1.普通預金	No.				ツガナ
	2.当座預金					
委任状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。					令和 年 月 日
	被保険者	住所	氏名	-----		
代理人	住所	氏名	-----			

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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日提出

<注意事項> この請求書には次の書類((写)と記載しているもの以外はすべて原本)を添付してください。

- ①治療用装具装着の場合→領収書、意見書および装具装着証明書
- ②療養の給付をすることが困難と認められるとき→領収書、診療(調剤)明細書または診療報酬明細書(写)  
注・海外で医療を受けたときは別様式で申請してください。
- ③輸血の血液代(生血の場合)→領収書、医師の輸血証明書
- ④弾性着衣等の装着の場合→領収書、弾性着衣等の装着指示書
- ⑤治療用眼鏡等の装着の場合→領収書、治療用眼鏡等の作成指示書及び検査書

※被保険者の印については不要です。