

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				
被保険者の氏名と印	フリガナ	印	生年月日	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	続柄	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
傷病名			発病または負傷の年月日	昭和 平成	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 年 月 日から	日間	入院・入院外	診療に要した費用の額	円	
	平成 年 月 日まで					
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						

払渡希望金融機関名	銀行 支店 信用金庫				
口座番号	1.普通預金	No.			フリガナ
	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。				平成 年 月 日
	被保険者	住所			
		氏名	印		
	代理人	住所			
		氏名	印		

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長殿 平成 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、氏名を本人自ら署名した場合には押印は不要です。ただし、委任状欄の被保険者及び代理人の印については省略できません。