

保険証の記号と番号を記入してください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	950	80	事業所の名称	愛鉄工業 株式会社		
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		発病又は負傷年月日	4年11月2日		
傷病の経過	令和4年11月2日入院。安静を要す					
診療又は手当の内容及び期間	内容		期間	4年11月20日 4年11月20日 1日間		
治療用器具等に関する申請の時期	装着年月日	装着した日に入院していたかどうか	診療又は手当に要した費用	28,160 円		
発病又は負傷の原因	(具体的に) 自宅の庭で草刈りをしていて、腰をかかめた時に激痛が走った。		負傷等したときは	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 帰宅途中・帰宅後(休日)その他		
診療又は手当を受けた医師(歯科医師)の住所・氏名	住所	〒460-0001 名古屋市中区三の丸1-3-5 三の丸クリニック 名古屋六郎	氏名	第三者行為によるもの	ある(ない) 交通事故で ある(ない)	
療養の給付を受けることができなかった理由	(具体的に) 装具の製作を業者に依頼したため					
申請者が被扶養者に関するときは	氏名	中村 美子	生年月日	昭和・平成・令和 57年6月30日	続柄	妻
<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
フリガナ	普通	店番	口座名義人氏名(被保険者)			
当座	当座	口座番号	フリガナ			
貯蓄	貯蓄	氏名				

コルセットを装着した日を記入してください。

各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)をご参照ください。

被保険者の個人口座へ振込を希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

同意欄を記入してください。

負傷の原因をくわしく記入してください。

被扶養者の申請をする場合に記入してください。

委任を希望される場合のみご記入ください。

同意欄

療養を受けた医療機関(海外を含む)等に愛鉄連健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。

被保険者氏名

金額の受領を委任するときに記入するところ

本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

4年12月1日

被保険者(申請者) 氏名 中村 太一

委任された者の

事業所名 名古屋市中区栄二丁目10番19号

住所 愛鉄工業 株式会社

氏名 代表取締役社長 愛鉄 連太郎

上記のとおり申請します。 4年12月1日 〒453-0804

被保険者(申請者)住所 名古屋市中村区黄金通一丁目18番地

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 被保険者(申請者)氏名 中村 太一

TEL (052) 461-6131

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

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。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄にを入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

- (注)
- コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の証明書及び領収書(原本)を添付してください。また、靴型装具の申請のときは証明書及び領収書の他に靴型装具の現物写真を添付してください。
 - 緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払ったときはその診療報酬明細書及び領収書(原本)を添付してください。
 - 血液代に関する申請のときは輸血を必要と認めた医師の証明書及び血液代金の領収書(原本)を添付してください。
 - 傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください。(未提出の場合)

(令和4年10月1日 改)

※記入誤りがある場合は、二重線で抹消し、訂正してください。修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。