

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

この欄は被保険者が記入してください	健康保険証の記号・番号	記号 番号	事業所の名称					
	受診者の氏名			受診者の生年月日	昭和 平成 令和	年月日	続柄	
	傷病名			発病又は負傷の年月日	平成 令和	年月日		
	発病又は負傷の原因及びその経過(負傷の場合は、「負傷原因届」を添付してください。)			第三者の行為が原因で	ある・ない (「ある」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。)			
	診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称						
		所在地						
		医師の氏名						
	診療の内容			診療に要した費用	円			
	診療を受けた期間	自令和 至令和	年月日 年月日	日間	左記のうち入院期間	自令和 至令和	年月日 年月日	日間
	コルセット装着日	令和	年月日	装着				
	療養の給付を受けることができなかった理由							
	支払金融機関 (給付金の受取を代理人に委任する場合は委任状も記入)	<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>						
		金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カカナ)		
				普通当座				
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								
<input type="checkbox"/> 上記申請内容に誤りがないことを確認の上、申請します。 令和 年 月 日 カネカ健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者の 氏名								
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)。								
委任状	給付金の受取を代理人に委任する場合は委任状もご記入ください。							
	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名						
	受取代理人 (口座名義人)	住所						
		Tel(日中連絡先)						
	氏名				被保険者との続柄			