

健康記入欄	記入例…赤文字部分を入力または記入し、記入もれなきよう、確認願います。 必要書類…別シート「必要書類」を参照		該当する方にチェック <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	申請日 令和 2 年 12 月 12 日	
健康保険 療養費等支給申請書	※注意事項: すべて和暦で記入				
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 123 番号 456	被保険者 の氏名 〇〇 〇〇	生年月日 昭 令 平 4 年 11 月 11 日	
	事業所の名称	(株)J-オイルミルズ		日中の連絡先 123-1234-5678 会社貸与携帯	
	被扶養者に関する申請のとき	被扶養者 の氏名 〇〇 △△		生年月日 昭 令 平 2 年 10 月 10 日	
	傷病名	左足骨折	生年月日と負傷日の和暦は 該当するところに、手書きで〇印	発病又は負傷した日 昭 令 平 2 年 10 月 14 日	
	発病又は負傷の 原因およびその 経過	自宅の階段から落ちて負傷。			
	診療を受けた 病院等	名称 オイル病院	診療した医師の名前 〇△ □□		
		所在地	〒104-0044 東京都中央区明石町8-1 17F		
	診療の期間	令和 2 年 10 月 14 日 ~ 令和 12 年 10 月 28 日 2 日間		診療に要した費用の額 20,500 円	
	診療の内容	手術を受けてリハビリ中。	療養の給付を 受けることができ なかった理由	治療用装具作製のため。	
	<在職期間中に被保険者が申請する場合、本欄への記入をお願いします。>				令和 2 年 12 月 12 日
本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。					
住所 〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-99 氏名 〇〇 〇〇					
氏名を自署した場合は、押印不要です。					

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	年 月 日
	被保険者 (請求者) 住所 〒	・在職中の方は記入不要 ・相続人が申請の場合のみ、本欄とともに 支払金融機関欄の記入をお願いします。
	氏名	
	代理人の氏名と印 フリガ	
氏名		
代理人の住所 〒		

支払金融機関欄	・在職中の方は記入不要 ・退職者で「在職中に生じた療養費を申請」の場合 および任意継続者、相続人が申請の場合に記入してください。
---------	------------------------------------------------------------------------

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印
