

該当する方を○で囲んでください。

リクルートスタッフィング派遣スタッフの方はSS課と記入してください。

健康保険 療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具)

被保険者
被扶養者

①被保険者証の記号番号	記号	25	番号	111	② 生年月日	大昭和 49年 1月 11日 (36歳)
③被保険者の(申請者)	フリガナ	ケンボ イチロウ			④ 被保険者の住所・電話	〒170-0013 東京都豊島区東池袋3-1-1 日中連絡が取れる電話番号 080(2222)4444
		健保 一郎			⑤ 所属部署	SS課 電話 0120(545)106
		(株)リクルートスタッフィング				
⑦申請が被扶養者に関するときはその者の	ア) 氏名	該当せず 被保険者との続柄()			イ) 生年月日	明大昭平 年 月 日 「はい」の場合には、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
⑧ 傷病名	気管支炎				⑨発病又は負傷の年月日	H22 年 5月 3日 (負傷の場合は : 時頃)
⑩ 発病又は負傷の原因及びその経過	38度の発熱と咳のため病院へかかり、気管支炎と診断された。				⑪ 第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ
⑫ 診療を受けた病院等	ア) 名称	笠島クリニック		イ) 所在地	〒170-0013 東京都豊島区東池袋3-3-3	
		医師の氏名(笠島 啓介)				
⑬ 診療の期間	自	22年 5月 4日	至	22年 5月 4日	⑭ 入院(入院外)	⑮ 診療に要した費用の額
				1 日間		6,180 円
⑯ 診療の内容	診察・血液検査・投薬を受けた。					
⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由(詳細に)	健康保険の加入手続き中で、保険証が手元になく、以前の保険証を使用してしまったため。					

被保険者本人の請求の場合は、「該当せず」と記入してください。

被保険者が記入するところ

該当する方を○で囲んでください。

領収書の金額を記入してください。

なぜ保険診療を受けられなかったのか、その理由を詳しく記入してください。

振込先	銀行名	支店名	支店コード
	三井住友 銀行	新宿 店	0099
受取人	預金種目	口座番号	口座名義(カナ)
	1.普通 2.当座	00000000	ケンボ イチロウ

※振込先は、ゆうちょ銀行以外の金融機関をご記入ください。

カナで記入してください。

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

平成 年 月 日

住所 〒
被保険者の 氏名 (印)

住所 〒
代理人の 氏名 (委任者と代理人の関係) (印)

給付金の受領を委任する場合は、被保険者・代理人それぞれが記入・捺印してください。同一筆跡・同一印影は不可といたします。

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。