

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 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (立替払等、治療用装具)

①被保険者証の記号番号	25	111	②生年月日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 49年1月16日(41歳)	
③被保険者の(申請者)氏名と印	フリガナ ケンボ イチロウ 健保 一郎 健保		④被保険者の住所・電話	〒141-0031 東京都品川区西五反田3-8-20 日中連絡が取れる電話番号 090(4567)8901	
業所の名称(会社名)	(株)リクルートスタッフィン		⑥所属部署	SS課	
⑦申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	該当せず 被保険者との続柄()		⑧生年月日		
⑧傷病名	気管支炎		⑨発病又は負傷の年月日	平成28年12月5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度の発熱と席のため病院を受診。呼吸器科で診断された。		⑪第三者の行為によるものですか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
⑫診療を受けた病院等	ア) 名称 荻島クリニック	医師の氏名(荻島 一郎)	所在地	〒000-0001 東京都豊島区東池袋3-3-3	
⑬診療の期間	自 平成28年12月5日	1日間	⑭入院 <input checked="" type="radio"/> 入院外 <input type="radio"/>	⑮診療に要した費用の額	6,180 円
⑯診療の内容	診察・血液検査・投薬を受けた。		領収書の金額を記入してください。		
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いました。				

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。

「はい」の場合には、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

該当する方を○で囲んでください。

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。

⑱振込先	銀行名	支店名	支店コード
受取人	三井住友 銀行	新宿 店	5-6-7
預金種目	口座番号	口座名義(カナ)	
<input checked="" type="radio"/> ①普通 <input type="radio"/> 2.当座	2-3-4-5-6-7-8	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

⑲委任状	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。

●被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の例

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者
被扶養者 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称 (所属する会社名)
-------------	--------------	-----------------

記号・番号欄に 12 桁の記号番号を記入してください (記号と番号の間の線は無視していただいて結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。必要提出書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。