

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)

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。

①被保険者証の 記号番号	記号	25	番号	111	② 生年月日	大 昭 平	49年	1月	11日 (41歳)
③被保険者の フリガナ ケンボ イチロウ					④ 被保険者の 住所・電話				
健保 一郎					〒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				
(株)リクルートスタッフィング					⑥ 所属部署				
(会社名)					SS課 電話				
⑦申請が被扶養者 に関するときはその 者の					⑧ 生年月日				
ア) 氏名					明 大 昭 平				
該当せず 被保険者との続柄( )					年				
⑨ 傷病名					⑩ 発病又は負 傷の年月日				
気管支炎					H28 年 12月 29日 (負傷の場合は : 時間)				
⑪ 発病又は 負傷の原因 及びその経過					⑫ 第三者の行為によるものですか				
平成28年12月29日お昼頃、激しく胃が痛み、救急で 病院にかかり、検査を受け、急性胃炎と診断された。					はい ・ いいえ				
⑬ 診療を受けた 病院等					⑭ 領収書の金額を記 入してください。				
ア) 名称					〒170-0013 東京都豊島区東池袋				
笠島クリニック					12,000				
⑮ 診療の期間					⑯ 診療に要し た費用の額				
自 28年 12月 29日					1日間 入院(入院外)				
至 28年 12月 29日					12,000				
⑰ 診療の内容					なぜ保険診療を 受けられなかつ たのか、その理由 を詳しく記入し てください。				
レントゲン・血液検査などを受け、急性胃炎と診断され、痛み止めの注射を打った。									
⑱ 療養の給付を受ける ことができなかった 理由 (詳細に)					救急で病院にかかった際、保険証を持っておらず、全額自己負担した。				

「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。

該当する方を○で  
囲んでください。

⑲ 振込先		銀行名		支店名		支店コード	
三井住友 銀行		新宿		店		0:0:9:9	
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		カナで記入してく ださい	

※振込先は、ゆうちょ銀行  
以外の金融機関を  
ご記入

⑳ 委任状		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		(印)	
				(委任者と代理人の関係)	

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。

●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。