

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 番号	25	111	② 生年月日	49年1月16日(41歳)
フリガナ	ケンボ イチロウ	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	
氏名	健保 一郎	⑥ 所属部署	SS課	
(会社名)	(株)リクルートスタッフィン	電話	0120 ()	
⑦申請が被扶養者 に関するときはその 者の	ア) 氏名 被保険者との続柄()	イ) 生年月日	明大昭平	年
被 扶 養 者 の 病 名	⑧ 右側内側副靭帯損傷	⑨発病又は負 傷の年月日	平成 29年	(負傷の場合)
発病又は 負傷の原因 及びその経過	自宅の階段から落ちて怪我をした。			⑩ 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 溝端整形外科 医師の氏名(溝端 一郎)	イ) 所在地	〒000-0001 東京都豊島区東池袋10-10-10	
⑬ 診療の期間	自 平成29年1月10日	1日間	⑭ 入院(入院外)	⑮ 診療に要し た費用の額 24,000 円
⑭ 診療の内容	治療用下肢装具の装着			
⑯ 療養の給付を受ける ことができなかった 理由 (詳細に)	治療用装具は立替払いで全額自己負担したため。			

被扶養者本人の請求の場合
は「該当せず」と記入して
ください。

できるだけ詳しく記入し
てください。

「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。

領収書の日付を記入
してください。

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。

振込先 銀行名	三井住友	支店名	新宿	支店コード	5-6-7
受取人	預金種目 ①普通 2.当座	口座番号	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

被保険者の
住所 〒
氏名 (印)

代理人の
住所 〒
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。

●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。