

どちらかに○をしてください。

被保険者・被扶養者

健康保険療養費支給申請書

受付日付印

支給決定何

常務理事	事務長	係

記入見本

保険証の記号・番号を記載してください。

必ず捺印してください。

被 保 険 者 の	記号	3	所属	SMBC日興証券	株式会社	〇〇支店	店・部
	番号	123456	氏名	日興太郎			
	※健保記入欄 標準報酬月額	千円	住所(自宅)	埼玉県〇〇市△△町6-5			
患 者	1. 被保険者	氏名	被保険者との続柄		妻		
	2. 被扶養者 (どちらかに○)	日興花子	患者の生年月日	昭・平・令37年4月1日			
傷病名	右足首骨折				発病または負傷の年月日 令和1年5月7日		
発病または負傷の原因	友人とテニスをしていたときに、誤って転んだため。						
傷病の経過	当初はひどく痛んだが、痛み止めの服用・湿布等により現在は良好。装具を着用し、患部を固定している。						
診療を受けた 病院等	名称	〇〇病院		診療した医師等の氏名(注1)	証券次郎		
	所在地	東京都中央区兜町1-2					
診療または 手当の内容	診察、レントゲン、湿布、装具の装着。						装具の場合には代金支払の日を、自費の払戻しの場合には診療日を記入してください。
診療または 手当の期間(注2)	自	令和1年5月10日		要した費用	54,000円		
健康保険が 使えなかった理由	装具のため						
傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所・氏名(不明のときはその旨)	なし						
備考							

注1 薬剤の支給を受けた場合には、薬剤師の氏名を記入

注2 装具代の請求の場合には、代金支払の日を記載

支払指定 金融機関 (被保険者の 口座を記入)	銀行名	口座名義人(フリガナ)	
	科目別(どちら の口座を記入)	記号3の方は給与同時振込となりますので、記入不要です。 関係会社の方のみご記入ください。	
	普通・当座		

※記号3の方は給与と同時振込となりますので、支払指定金融機関の記入は不要です。