届出種別	
給	5

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

No. 1

被保険者が記入するところ

① 被保険者等の記号・番号（資格確認書等又は保険証を参照）		② 被保険者（申請者）の氏名 （フリガナ）	③ 生年月日 昭和・平成 年 月 日
④ 被保険者（申請者）の現住所	〒 － ☎ － －		
⑤ 勤務している又はしていた事業所の名称			
⑥ 傷病名		⑦ 発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日 時頃 負傷の場合は場所
⑧ 発病又は負傷の原因及びその経過			
⑨ 診療を受けた病医院等	名称	診療した医師の氏名	
	所在地		
⑩ 診療の期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日 日間	⑪ 入院・入院外の別	入院外 入院
⑫ 診療の内容（該当項目をチェックしてください）	□診察、検査、処置、投薬等 □調剤 □治療用装具の作成 □はり・きゅうの施術 □按摩・マッサージの施術 □その他（ ）	⑬ 診療に要した費用の額	円
⑭ 療養の給付を受けることのできなかった理由（該当項目をチェックしてください）	□保険証を持参していなかったため □償還払い（全額支払）のため □前加入先医療保険者（国保等）の資格喪失後受診であるため □日本国外（海外）で受診したため □その他（ ）		
⑮ 負傷（けが）は第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ	⑮で「はい」を選択した方は別に「第三者の行為による災害届」をこの書類に必ず添付してください。	
⑯ 申請が被扶養者に関するときは	氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者との続柄

※在籍者（お勤めの方）は、必ずこの欄へ記入してください。

委任状の欄

⑰ （事業所名）

本申請に基づく給付金に関する受領を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ に委任します。

安田日本興亜健康保険組合 御中　　令和 年 月 日

被保険者 住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（申請者） 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※在籍者（お勤めの方）以外の方は、必ずこの欄へ記入してください。

受付日付印

振込金融機関の欄

⑱ 銀行 信金 信組 農協 ＿＿＿＿ 店			銀行コード	
			支店コード	
普通・当座	口座番号		（フリガナ） 口座名義	

※被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合（任意）は、備考欄へマイナンバーを記入してください。
※被保険者等の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入（備考欄）は不要です。
※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認（運転免許証の写し等）」の書類を添付してください。

備考欄：