被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

立替払用記入

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者記入欄	①被保険者の 記号	11	番号	2345	②被保険者の氏名・生年月日	大日 太郎 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
	③被保険者の現住所	〒 000 － 0000 東京都○○区○○1-1-1									
	④事業所名	○○株式会社									
	⑤療養が被扶養者に関するときは、その者の	氏名	大日 陽子	生年月日	令和○ 年 ○ 月 ○ 日	続柄	長女				
	⑥傷病名	○○○			⑦発病または負傷年月日	令和○ 年 ○ 月 ○ 日					
	⑧発病時の状況ついて（負傷の場合は負傷の原因）	旅行先で腹痛を発症									
	⑨第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ	⑩診療を受けた病院名	○○医院							
	⑪診療の期間（装具等の場合は装着日）	自	令和○ 年 ○ 月 ○ 日	⑫日数	⑬入院・入院外の別	⑭診療に要した費用の額					
		至	令和○ 年 ○ 月 ○ 日	2 日	入院 ・ 入院外	0000 円					
	⑮診療の内容	検査及び投薬			⑯療養の給付を受けることができなかった理由	旅行時にマイナンバーカードを持参していなかったため					

委任状

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

表記請求金額の受領を被委任者へ委任します。

被 委 任 者
事業所名 ○ ○ 株 式 会 社
代表取締役社長 ○○ ○○

こちらの欄は事業所担当者記入欄です。
被保険者の方は記入せず空欄のまま、
事業所担当者へ提出してください。

被保険者氏名 大日 太郎

※資格喪失後請求の場合のみ、下記振込先をご記入ください。

給付金振込先口座	
銀行名	
支店名	
預金区分	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）
口座番号	
口座名義	フリガナ