

被保険者 療養費支給申請書
家族

記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号 3514 番号 50	② 事業所の名称	株式会社 OX書房		
	③ 傷病名	感冒・急性胃炎		④ 発病・負傷 の年月日	令和 20年 7月 9日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑤ 発病・負傷 の原因 (負傷の場合は詳細に)	急に胃が痛くなり、打熱があり咳が出た				
	⑥ 傷病の経過	薬を服用し、数日後に治癒する				
	⑦ 診療を受けた医療 機関名及び所在地	△X病院		〒OX△-XXXX 長野市若里X-X-X		
	⑧ 診療に従事した 医師の氏名	長野 太郎				
	⑨ 診療の内容	投薬および咽喉処置				
	⑩ 診療の期間	自 平成 令和 2年 7月 9日 至 平成 令和 年 月 日	1日間	⑪ 診療に要した 費用の額	金 8,800 円	
	⑫ 療養の給付を受 けることができ なかった理由 (2)その他の場合詳細に)	(1) 治療用器具は保険診療とならないため (3) 出版健保加入後に、以前の保険証を使用して受診したため (2) 保険証を提示せず自費診療となったため (4) その他 【保険証と持たずに出張したところ、急病となり 緊急やむを得ず受診】				
	⑬ 第三者が関係して いるか否か	はい いいえ	業務(通勤)災害に 該当しているか否か	はい いいえ		
	⑭ 被扶養者に関する ときはその者の	(ア) 氏名 該当せず	(イ) 生年月日	昭・平・令 年 月 日生(満 歳)	続柄	
	上記のとおり請求いたします。 令和 2年 7月 18日					
	被保険者の 住所 〒OX△-XXXX 文京区千石X-X-X 氏名 健保太郎 ※健保印					
	出版健康保険組合 殿 昭・平 25年 8月 10日生(48歳) 電話 03 (3920) XXXX					

※本人氏名を自署した場合は押印不要です。(委任状欄は除く)

委 任 状	私は 千代田 太郎 を代理人と定め、令和 2年 7月 18日に 請求した療養費(家族療養費)の受領方を委任します。				
	令和 2年 7月 18日				
	被保険者 (申請者)	住所	〒OX△-XXXX 文京区千石X-X-X		
	受領 代理人	住所	〒OX△-XXXX 千代田区 飯田橋X-X-X 株式会社 OX書房 千代田太郎		

令和 年 月 日提出
受付日付印

