療養費支給申請書

＊記入に際しての留意事項及び添付していただく書類については裏面をご覧ください。

被保険者等記号・番号		被保険者（申請者）の氏名	生年月日
記号	番号		昭和・平成　年　月　日
被保険者（申請者）の住所	〒　－		☎　－　－ 携帯　－　－
事業所名称			

診療を受けられたのは、被保険者・家族（被扶養者）のどちらですか？				1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）		
家族の場合、その方の	氏名		続柄		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
傷病名				発病または負傷年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	
発病または負傷の原因および経過	※傷病がケガによるものの場合には、「負傷原因届」を添付してください。					
診療を受けた医療機関の	名称			診療した医師等の氏名		
	所在地			☎　－　－		
診療の期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間					
診療に要した費用の額	円					
診療の内容						
療養費の申請理由	1. 治療用装具（コルセット、弾性着衣、小児弱視治療用眼鏡等）を作成したため 2. 入社直後、または再交付申請中で、資格確認書が届いていなかったため 3. 緊急やむを得ず受診し、マイナ保険証等を持っていなかったため 4. 誤って、他の保険者（国民健康保険や前の勤務先の保険）の資格により受診したため 5. 海外で受診したため → 渡航期間 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 渡航目的（　） 6. その他（　）					

〔保険給付金振込先〕（①と②のいずれかに☑してください）

令和　年　月　日提出

① □ マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。

② □ 下の欄に記入した口座への振込を希望します。

／受付日付印＼

金融機関名		・銀行 ・金庫 ・信組	・支店 ・出張所
口座番号		・普通 ・当座	
口座名義	（フリガナ）		

※ 振込先の口座名義を被保険者（申請者）以外の方とする場合には、委任状を添付してください。

東京中央卸売市場健康保険組合

6. 12改