

健康保険被保険者療養費支給申請書

1 2

被保険者記入用

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい						
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9999	100						
	氏名	(フリガナ) ケンボ モナミ 健保 モナミ	生年月日	元号 昭和	年 6	月 2	日 06	01	
	住所	(〒 000 - 0000) 愛知 都道府県 〇〇市〇〇町〇番〇〇〇							
	電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000	〇〇〇マンション 〇〇〇号室						
療養費受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに			☒ 同意する		☐ 同意しない				
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)									

振 込 先 指 定 口 座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。										
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。										
	金融機関名・店舗名	農業協同組合								本店	支店
	金融機関コード ・店番号					口座 種別	☐ 1. 普 通 ☐ 2. 当 座	口座 番号			
口座名義 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。								口座名義 の区分	☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 代理人	

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年	月	日
	氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係		
	氏名	(フリガナ)				

※添付書類や支給要件等を、事前に愛知県農協健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険被保険者療養費支給申請書

1

2

被保険者記入用

療養を受けた方の	氏名 (フリガナ)	性別	続柄	生年月日	
	ケンボ モナミ 健保 モナミ	男 女	本人	元号 昭和	年 月 日 6 2 0 6 0 1
傷病名	右膝関節靱帯損傷	発症又は負傷年月日		元号 令和	年 月 日 0 5 0 4 0 5
業務上・業務外、第三者行為の有無	☐ 業務上 ☐ 第三者行為 ☒ その他				
申 請 内 容	発病または負傷の原因および経過 ※詳しく				
	2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。				
診療を受けた医療機関等	名称	所在地	診療した医師等の氏名		
	〇〇〇病院	愛知県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	〇〇 〇〇		
診療を受けた期間	元号 令和	年 月 日 0 5 0 4 0 5	から	元号 令和	年 月 日 0 5 0 4 0 5
	日まで				日数 1 日間
上記の期間に入院していた場合は、その期間	元号	年 月 日	から	元号	年 月 日
	日まで				日数 日間
療養に要した費用の額	25,000 円				
診療の内容	右膝用装具の装着				
療養費の支給申請の理由	4. 治療用装具を作成したため → 装具作製確認書を併せてご提出ください。				

令和 5 年 4 月 8 日 提出

添付書類

- ・領収書（原本）
- ・装具装着証明書（治療用装具作製時）
- ・装具作製確認書・装具の写真（治療用装具作製時）