

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)				
	氏名	(フリガナ)	生 年 月 日	元号	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
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 (申請者)	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(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所	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

申請内容	療養を受けた方の氏名 (フリガナ)	性別 ☐ 男 ☐ 女	続柄	生年月日 元号 年 月 日	
	傷病名	発症又は負傷年月日		元号 年 月 日	
	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				
	発病または負傷の原因および経過 ※詳しく ☐ 1. 病気 (原因および経過) ☐ 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 名称 所在地 診療した医師等の氏名				
内容	診療を受けた期間	元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで			日数 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 まで			日数 日間
療養に要した費用の額		円			
診療の内容					
療養費の支給申請の理由		☐ 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため ☐ 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため ☐ 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため ☐ 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。 ☐ 5. その他 (理由)			

年 月 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）