

健康保険〔被保険者・被扶養者〕療養費支給申請書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 - 番号	-	② 被保険者の 氏 名	フリガナ		
	③ 被保険者の現住所	〒 - Tel () -				
	④ 事業所の	名 称				
		所 在 地				
	⑤ 傷 病 名			⑥ 傷病の経過		
	⑦ 発病又は負傷の 原因を詳しく (該当項目に○を つけてください)	(1)い つ 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃				
		(2)ど こ で *会社(現場等)内 *会社への出勤の際 *運動競技中 *家庭内で *その他()		*会社の仕事で外出中又は出張中 *会社より退勤の際 *私用のため外出中 *けんか等により		
	⑧ 上記の詳細な 状況と原因	どのようにして				
	⑨ 第三者行為によるものですか(交通事故等)	はい ・ いいえ				
	⑩ 療養を受けた 病院等の	名 称				
		所 在 地				
	⑪ 診療又は 手当の期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	入院・入院外の 別	1. 入院 2. 入院外		
	⑫ 入院の場合の 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	⑬ 診療又は手当 に要した費用	円		
	⑭ 療養の給付を 受けることが できなかった理由 (いずれかに○)	ア. 出先の急病で保険証を持参できなかった イ. 加入の手続きが遅れ保険証の交付前に自費で診療を受けた ウ. 以前に加入していた健康保険資格で診療を受け、以前の健康保険に医療費を返した エ. 治療用装具(治療用眼鏡)を作製した オ. 海外で診療を受けた カ. その他()				
⑮ 被扶養者が受ける ためのものである ときはその者の	氏 名	生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者 との続柄	
⑯ 振込 指定 銀行	()	銀 行 () 信用金庫 () 信用組合 () 農 協	支 店 出 張 所	普通・当座・その他() 口座番号 【 】 口座名義 【 】 (カナで記入)		
			※振込先は被保険者名義の口座に限ります			
備考	被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入ください (その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要になります)					

※添付書類等については、『記入上の注意』をご参照ください。

問合せ先: 〒540-0019 大阪市中央区和泉町2-1-11 大阪府建築健康保険組合 業務課 Tel.06-6942-3624