

# 健康保険〔被保険者・被扶養者〕療養費支給申請書

平成 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・印	フリガナ  ㊟		
	③被保険者の 現住所	〒 ー  Tel ( ) ー				
	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 っ 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時頃 (2)どこで *会社(現場等)内 *会社の仕事で外出中又は出張中 *会社への出勤の際 *会社より退勤の際 *運動競技中 *私用のため外出中 *家庭内で *けんか等により *その他 ( )				
	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	
	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)を作成した 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 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【 】	
		※振込先は被保険者の口座に限ります				
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下さい。 (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となります。)					

※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 大阪府中央区和泉町 2-1-11 大阪府建築健康保険組合 業務課Tel06-6942-3624