

# 被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書

家 族

本人が一時立替え払いをし、あとで保険者から療養の給付にかえて診療に要した費用の払い戻しをうける場合は、「領収書」の原本・必要書類を添付してください。

治療用器具に関する支給申請のときは、「装具装着証明書（意見書）」と「領収書」の原本を添付してください。

被保険者（請求者）が自ら署名する場合は、「装具装着証明書（意見書）」の押印は省略することができます。

被保険者証の記号番号	—	フリガナ 被保険者の 氏名と印				
被保険者のマイナンバー	被保険者証の記号番号を記入した場合は、記入の必要はありません。					
事業所の名称				生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の現住所	電話番号 ( )					
傷病名				発病、負傷 の年月日	平成 令和	年 月 日
発病、負傷の原因						
診療又は手当を受けた医師歯科医師その他の者の住所氏名						
診療、手当の内容						
診療、手当の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (内入院)	日間 日間	診療、手当に 支払った費用	¥		
療養の給付を受けることができなかった理由						
傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実とその者の住所と氏名(不明のときはその旨)						
被扶養者が受けたためのものであるときは、その者の						
氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄	
(備考)						

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日 提出

委任事項	この給付金の受領方を (住所) (氏名) に委任する。				
令和 年 月 日	被保険者				
銀行等	銀行等に振込を希望する場合		口座預金種別	預金口座名義人の氏名	
金庫	支店	1.普通 2.当座 3.貯蓄		(フリガナ)	
農協		預金口座番号			