被保険者家族 療養費支給申請書

●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。

●治療用装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。

被保険者証の記号番号	—	フリガナ 被保険者氏名	
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	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　日間 （内入院　日間）	診療、手当に支払した費用	￥
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

委任状 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 被保険者氏名
申請者又は受取代理人が記入するところ	☐ 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）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。

振込希望金融機関名		預金種別	口座名義人
銀行	本店	1.普通 2.当座 3.貯蓄	（フリガナ）
金庫	支店	口座番号	
農協	出張所		