※支給決定伺	伺の日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	課長	係	担当
	支給額	拾万　万　千　百　拾　円					

支給期間及び診療実日数	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日	日数　日	資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
			資格喪失年月日	令和　年　月　日
装具装着年月日	令和　年　月　日		認定年月日	平成 令和　年　月　日
証交付年月日	平成・令和　年　月　日		（備　考）	

健康保険　被保険者 家族　療養費支給申請書

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号	生年月日	被保険者（申請者）の氏名	フリガナ
―	昭和 平成　年　月　日		
被保険者（申請者）の住所	〒　－		（電話番号）　（　）
事業所の 名称 所在地			
療養が被扶養者に関するときは、その方の 氏名		生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者との続柄
傷病名		発病または負傷年月日（療養開始日）	平成 令和　年　月　日
発病または負傷の原因およびその経過	外傷の場合は「負傷原因報告書」を添付してください。		第三者行為によるものですか はい・いいえ
診療を受けた病院等 名称		診療した医師氏名	
所在地			
診療の期間（支給期間）	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日	日数　日	入院の場合、左記の入院期間 自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日　日間	診療に要した費用の額　円
診療の内容		療養の給付を受けることができなかった理由		
被保険者のマイナンバー記入欄 **※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。** **※マイナンバーで申請する場合は、個人番号確認及び本人確認をするための書類が必要となります。**				

銀行振込を希望する場合は、下欄に振込先を記入、代理人（事業主）に委任される場合は受取代理人の欄に記入してください。

金融機関名	支店名及び支店番号	口座番号
銀行　信金 信組　農協	支店No.（　　） 支店	No.

被保険者（申請者）本人の口座に限ります。

受取代理人の欄	
	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 被保険者（申請者）　住所 氏名
	代理人（事業主）　住所 氏名

令和　年　月　日提出

受付日付印

上記のとおり申請します。

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長　様

7.6.1