健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（立替払等）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者証の記号・番号（右づめ）	記号 ［　］［　］［　］　番号 ［　］［　］［　］［　］［　］	生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 ［　］［　］［　］［　］［　］［　］
氏　名	（フリガナ）	電話番号	日中の連絡先 （　　）
住　所	（〒　　－　　） 都 道 府 県		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

公金受取口座	□ マイナポータル等で事前に登録した公金受取口座を利用します。 （マイナンバーと紐づく預貯金口座情報を国へ登録している場合のみ選択可。利用する場合は下記の口座情報は記入不要です。）		
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）	本支店コード ［　］［　］［　］	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	［　］ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］ 左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。） ［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］ ［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］	口座名義の区分	［　］ 1．申請者 2．代理人

「２」の場合は必ず記入してください。

令和　　年　　月　　日

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 氏名　　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　　－　　）　TEL　　（　　） 住所 （フリガナ） 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

・**被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です**
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 ［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］［　］

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

観光産業健康保険組合（221001）

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名	

申請内容

1 受診者	□ 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □令和 年 月 日
2 傷病名		3 発病または負傷年月日	年 月 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 1. 病気 （原因および経過）		
	2. ケガ ➡ **負傷原因届を併せてご提出ください。**		
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	名称	所在地	診療した医師等の氏名
6 診療を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日数	日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日数	日
7 療養に要した費用の額	円		
8 診療の内容			
9 療養費の支給申請の理由	□ 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 （理 由）		

【必要な添付書類】

① 医療機関を受診した場合

『領収書の原本』と『診療報酬明細書の原本』または『診療明細書の原本』ー傷病名が、けがなどの外傷性の場合は『負傷原因届』も必要（初回申請時のみ）

②調剤薬局を受診した場合

『領収書の原本』と『調剤報酬明細書の原本』または『調剤明細書の原本』ー傷病名が、けがなどの外傷性の場合は『負傷原因届』も必要（初回申請時のみ）

観光産業健康保険組合