

被保険者・被扶養者 **療養費支給申請書** (立替)

※この申請書には「診療(調剤)内容がわかる明細書」と「領収書」の添付が必要です。
 ※この申請書は暦月単位・医療機関(入院・外来・処方別)ごとに作成してください。

① 保険証の 記号・番号	-		② 被保険者 の氏名と 生年月日	刀方十 昭和・平成 年 月 日生	③ 印
④ 被保険者の 住所等	〒		TEL ()		
⑤ 事業所名称	(株)		⑥ 部署名		
⑦ 被扶養者に 関する申請 の場合	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	続柄	
⑧ 傷病名			⑨ 発病又は 負傷日	平成 年 月 日	
⑩ 発病又は 負傷の 原因				⑪ 傷病の経過	
⑫ 第三者行為 による負傷 であるとき	その事実と 届出の有無	加害者氏名			
		加害者住所			
⑬ 診療を受け た病院等	名称		医師の氏名		
	所在地				
⑭ 診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 診療実日数(日)	⑮ 入院 外来の別	入院・外来	⑯ 入院 期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 診療実日数(日)
⑰ 診療内容				⑱ 診療に要し た額の費用	円
⑲ 保険証を使うことが 出来なかった理由 ○印をつけて、理由を記入	1 保険証を持たずに受診⇒理由 ()				
	2 その他⇒理由 ()				
⑳ 払渡希望銀行 (被保険者名義に限る)	銀行		支店	普通・当座 ()	

委任状	私は 平成 年 月 日請求した被保険者・被扶養者療養費のうち、金 円也 を代理人と定め次に権限を委任する。 の受領に関すること。				
	平成 年 月 日	被保険者の 住所 氏名	印		
		代理人の 住所 氏名	印		
	払渡希望銀行	銀行	支店	普通・当座 ()	

捨印欄	字抹消 字挿入
印	← ③欄で使用した印を押印してください。

提出先 各事業所(会社)の人事(業務)担当部署経由で公文健康保険組合に提出してください。
 任意継続保険に加入の方は、直接、公文健康保険組合に提出してください。