被保険者・被扶養者　療養費支給申請書

説明

１　２　医師の一般診療に関する請求は診療報酬明細書および領収書を添付
コルセット等に関する請求は医師の意見書および装着証明書と領収書を添付

被保険者証の記号・番号	―	被保険者（請求者）の氏名	
請求者の現住所	〒 TEL（　　）　　－		
被保険者の事業所の名称			
傷病名			
発病または負傷の原因	ケガの場合：負傷の年月日　令和　年　月　日	・仕事中または通勤途上・第三者行為（交通事故等）によるもの ・　その他（　　） （負傷原因報告書：　・申請と同時に提出　・提出済　）	
	病気の場合：発病の年月日　令和　年　月　日	発病の原因 ・　不詳 ・　その他（　　）	
療養の給付を受けることができなかった理由	・　装具（コルセット）装着のため ・　保険証不携帯（ 理由：　　） ・　その他（　　）		
傷病の経過および診療の内容			
診療、手当を受けた医療機関名住所及び担当医師名	医療機関名 住　　所 担当医師名		
診療または手当の期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	診療又は手当に要した金額	円
請求が被扶養者に関する者であるときはその氏名		生年月日：昭和・平成・令和　年　月　日	続柄

みづほ健康保険組合　理事長　殿

令和　　年　　月　　日 提出

委任状	委任者（請求者）	氏　名	受　付　印
	受　任　者	住　所 氏　名	
振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店　普通預金 出張所　当座預金	
	銀行コード / 店番号 / 口座番号	ふりがな 口座名義	

□マイナポータル等での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□に✔してください。利用しない場合は、上記の欄を記入してください。注）口座情報の反映には数日を要します。また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。