被保険者
家　族

療養費支給申請書

〔被保険者の注意事項〕

●●被保険者等記号と番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（健康保険証）」のいずれかでご確認ください。
●同意書の欄は、記載事項や療養状況等について医療機関や医師等に照会する必要のある場合、（必要のない場合は照会いたしません）に備えて、予め同意をしていただくものです。

被保険者が記入するところ

被保険者等記号と番号	記号		事業所の名称（勤務先）		
	番号				
傷病名			発病または負傷の年月日	平成・令和　年　月　日（負傷の場合は　時頃）	
発病または負傷の原因					
診療を受けた病院等の	名称		所在地		
診療の内容					
診療の期間	自）令和　年　月　日 至）令和　年　月　日　日間		診療に要した費用の額	金　円也	
療養の給付を受けることができなかった理由					
第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある・ない	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない	
			第三者の氏名と住所（不明なときはその旨）		
申請者が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日生	被保険者との続柄

上記のとおり領収書添付のうえ申請します。　令和　年　月　日

被保険者の（請求者）　住所　〒

氏名　TEL　（　）

同意書

療養費の支給申請にあたり、東京ニットファッション健康保険組合が医療機関および療養担当医師や施術者等に、受診や施術および療養状況等について照会を行い、また当該者が照会に対し回答することに同意いたします。

令和　年　月　日　被保険者氏名

適正な審査のため、同意していただきますようお願いいたします。
この同意書の記載がない場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な場合は再度依頼することがあります。
また、再依頼に対して提出がない場合は不支給決定となることもありますのでご了承ください。

被保険者の個人口座

銀行名		
店番・支店名		
種類	普通・当座	
口座番号（右詰め）		
ﾌﾘｶﾞﾅ		
口座名義		

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入してください。（委任状は不要です）

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「**通帳の記号5桁**」支店名「**漢数字の3文字**」、口座番号「**通帳の番号8桁**」を記入してください。

委任状

本請求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（請求者）	住所	
	氏名	
受領代理人	住所	
	氏名	

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

受付日付印

社会保険労務士提出代行者の印	

東京ニットファッション健康保険組合