

健康保險 **被保險者** 療養費支給申請書(第 回目)
家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

受 取 代 理 人 の 欄	(タ) 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。 年 月 日										20〇〇年〇〇月〇〇日提出 受 付 日 付 印
	被保険者 (申請者)		住所 氏名								⑩
	(31) 代理人の 氏名と印	(フリガナ) ⑩								(チ) 委任者と代理人との関係	
	代理人の 住 所	(32) 郵便番号	—		(フリガナ)				送信		
(33) 住所コード	※	/									

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、(ウ)・(エ)・(オ)欄に「該当せず」と記入してください。
3. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合は、(ク) (ケ) (コ) ⑩ ⑪ (サ) (シ) (ス) の欄は、そのように読み替えて記入してください。
4. ④ ⑤ ⑦ (29) の欄は、該当する番号をマルで囲んでください。
5. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
6. 給付金の受領を他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。