健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (骨髄又は臍帯血の搬送等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)		☐ 昭和			
	(記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。)		☐ 平成			
			☐ 令和			
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒	-	)	都	道	
				府	県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			
☐ 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	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	☐ 1. 普通	口座番号
	口座名義	左づめでご記入ください。	
	公金受取口座	▼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(ˆ)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	
マイナポータル等で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 ☒ 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登録から数日を要します。また、受取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。			

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。		令和	年	月	日
	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	委任者と 代理人との 関係					
	(フリガナ)						
氏名							

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者等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

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者
家 族 療養費 支給申請書 (骨髄又は臍帯血の搬送等)

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

被保険者氏名

申請内容	受診者	☐ 被保険者・ ☐ 被扶養者 (氏名)		
	受診者の生年月日及びその続柄	令和 年 月 日	続柄 ()	
	傷病名			
	発病または負傷の原因			
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日		
	搬送の経路	搬送元 :	から	搬送先 : まで
	搬送の手段	☐ 専用車 ☐ 鉄道 ☐ 飛行機 ☐ その他 ()		
	搬送年月日	令和 年 月 日		
	搬送に要した費用の額	円		
	第三者行為によるときはその事実			
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒 -			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

医師・ 歯科医師 記入欄	患者氏名	傷病名		
	搬送を必要と 認めた理由			
	医師の派遣の有無 及び必要と認めた 理由	☐ 無 ☐ 有 (人数 人)		
	搬送経路			
	搬送方法			
	搬送年月日	令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日		
	住所 〒 -			
医師または歯科医師の 氏名	----- 氏名			

【添付書類】① 領収証の原本 (搬送の費用を自己負担していることが確認できるもの)
② 内訳明細書 (内訳別の費用の額が記載されたもの)