

記入例

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(同種腎移植・骨髄移植・臍帯血移植に係る医師の派遣及び運搬料)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者等の 記号 1234 番号 12345678 ② 生年月日 昭和 50 年 6 月 1 日 <small>※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。</small>
	③ 氏名 山 ④ 株式会社***** ご自身の勤務先会社名を記入してください。
	⑤ 住所 (〒 -) (TEL ()) ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	⑥ 提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は○) ⑦ 氏名 山口 一郎 平成 13 年 9 月 1 日 被保険者との続柄 長男 本社(事業主)を経由して提出する場合はチェックを入れてください。
	⑩ 傷病名 ***** お子様の申請の場合続柄は「子」ではなく「長男」「長女」のようにご記入ください。 ***** 月** 日
	⑫ 派遣・搬送の方法及び経路 **県の**病院から**県の**病院まで***にて ⑬ 派遣・搬送に要した費用 ***,*** 円
⑭ 医師の派遣があった場合 医師の氏名 医師の住所	
医 師 証 明 欄	⑮ 傷病名
	⑯ 派遣・搬送を必要とする理由 ⑰ 実施日 年 月 日
	⑱ 入院した場合の入院期間 医師から証明を受けてください。 まで 令和 年 月 日
	医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名と印 電話番号 - - <small>※医療機関名等ゴム印を押印ください。</small>

〔注意事項〕

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。
- 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピーを添付してください。(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)
- 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のご提出が必要となります。

受付日付印