

療養費支給申請書（臓器等の移植に伴う搬送） 記入例

関東めっき 健康保険組合 | 業務課 03-3813-5916

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 家族 臓器等の移植に伴う搬送

被保険者情報	被保険者記号 987 番号 654 生年月日 昭平令 ××年 ×月 ×日
	氏名 ケンボ タロウ 健保 太郎
	住所 〒110-0000 東京 墨田区〇〇1-2-3
	電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××
事業所名称 (株)◇◇◇◇◇	提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称 〇〇〇〇 銀行・金庫・信組 農協・その他() 預金種別 普通 ・当座・その他()
	支店名 △△△△ 支店・本店・出張所 其他() 口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	口座名義 (カタカナで記入) ケンボ タロウ 口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。被保険者と代理人はそれぞれ本人が記入してください。	被保険者(申請者) 本申請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 氏名
	代理人(口座名義人) 住所 氏名 被保険者との関係()	

被保険者記入欄	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
	家族の場合はそのの氏名 生年月日 昭平令 年 月 日 続柄()
	傷病名 急性骨髄性白血病 発病又は負傷の年月日 令和 △年 △月 △日
派遣・搬送に要した費用 〇〇〇〇 円	

医師の意見欄	受診した医師の氏名
	電話番号 ()

5

※この欄は医師に記入を依頼してください。

※別途、添付書類が必要となります。記入例を必ずご覧ください。

実行日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

関東めっき 健康保険組合

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。(0613から始まる番号ではありません。)
- 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、事前に当組合までお問い合わせください。
- 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
被保険者（申請者）、代理人（口座名義人）はそれぞれ本人が記入してください。
なお、代理人（口座名義人）が勤務先または被扶養者でないときは、被保険者との関係がわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。
- 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 医師の記入が必要な欄となりますので、記入を依頼してください。

添付書類

- 移送費用を自己負担していることが分かる領収書の原本
- 搬送経路及び金額が分かる書類

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に を付けてください。