

提出先	健保組合			受付担当
添付書類等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 診療報酬明細書もしくは領収(診療)明細書 ■ 領収書 (原本) 			

(健保組合使用欄)

前回	自 令和 年 月 日	標準報酬	千円
	至 令和 年 月 日	月額	

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 ○○年 △△月 □□日

被保険者 療養費支給申請書
家 族

下記のとおり申請いたします。

注意事項
※ 領収書・証明書を申請できるケース、添付書類の詳細については一こまが記載されるときは医療費を立て替えたときを参照してください。

被保険者が記入する欄	被保険者等 記号・番号	5 9 × × - × × × × ×		事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社 ○○センター	
	被保険者氏名	(刀ガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 平成 60年 12月 30日 令和	
	被保険者住所	〒 △△△-△△△△ 福岡県福岡市博多区博多駅前○丁目○番○号				
	傷病名	胃炎		発病または 負傷年月日	令和 ○○年 △△月 □□日	
	発病の状態または 負傷の原因	不詳			第三者行為に よるものですか	はい・いいえ
	診療または手当を 受けた医療機関の	名称	○○クリニック		医師の氏名	
		所在地	福岡県福岡市博多区○○3丁目△番□号		福岡 三郎	
	診療または 手当の内容	診察・飲み薬の処方		入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
				コルセット装着日	令和 年 月 日	
	診療又は手当を 受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	診療又手当に 要した費用の額	円	
	療養又は手当が被保険者の選定に係る 特別の病室の提供、その他厚生大臣が 定める療養を含むときははその旨					
	療養の給付もしくは家族療養費の給付が 受けられなかった理由		令和○年△月□日から国保より健保へ加入したが、切替を忘れ、国保の保険証を使用してしまったため			
	被扶養者に関する 申請のときはその者の	氏名	健保 花子	昭和 平成 令和	2年 5月 31日	被保険者と の続柄 妻
	振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名		支店名		普通預金口座番号
○○銀行		△△支店		1 2 3 4 5 6 7		

※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合に記入してください。

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			振込希望 口座	金融機関名	銀行
	被保険者	住所			支店名	本店 支店
		氏名			普通預金 口座番号	
	受取代理人	住所			刀ガナ	
		氏名			口座名義	
委任者と代理人との関係						

受付日付印