

提出先	健保組合			受付担当
添付書類等	<input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書もしくは領収(診療)明細書 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書(原本)			

(健保組合使用欄)

前回	自 令和 年 月 日	標準報酬	
	至 令和 年 月 日	月額	千円

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・証明書は、診療又は手当を受けた方の氏名が記載されるときは、添付書類の添付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				
	被保険者氏名	(フリガナ)				生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
	被保険者住所	〒									
	傷病名					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					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					医師の氏名				
		所在地									
	診療または 手当の内容					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	診療又は手当に 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										
	被扶養者に関する 申請のときはその者の	氏名				昭和 平成 令和	年 月 日		被保険者と の続柄		
	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								

※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。				振込希望口座	金融機関名		銀行		
	令和 年 月 日					支店名		本店 支店		
	被保険者	住所				普通預金 口座番号				
		氏名				フリガナ				
	受取代理人	住所				フリガナ				
フリガナ					口座名義					
		委任者と代理人との関係								

受付日付印