

## 療養費支給申請書

被保険者の 記号・番号	記号：  番号：	被保険者が勤務する (していた)事業所	名 称  所在地	
傷 病 名	※骨折など外傷性の場合には別に負傷原因届が必要となります		発病又は 負傷の年月日	年 月 日
発病又は 負傷の原因				
申請理由 (〇をしてください)	①医師の指示により補装具などを作成したため ②保険証を提示せず自由診療となったため ③その他 ( )	医療機関 名称 医療機関 所在地		
第三者行為や自損事故、仕事 や通勤途中での負傷ですか	はい ・ いいえ ※はいの場合は右の設問へ	第三者行為による傷病届、自損事 故による傷病届は提出しています か	はい ・ いいえ	
被扶養者に関する 申請のとき	被扶養者 氏 名	被扶養者 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
振込先口座 (被保険者)	金庫 銀行 組合		普通 支店 当座	口座番号 名 義
※マイナンバーに登録のある口座へ振込希望の場合はチェック→ <input type="checkbox"/>				
委 任 状	私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	令和_____年_____月_____日に請求した療養費の受領に関すること。			
	被保険者(請求者)の住所_____			
	被保険者(請求者)の氏名_____			
代理人(事業所)の住所_____				
代理人(事業所)の氏名_____				
上記のとおり申請します。 _____年 月 日				
住 所				
被保険者の 氏 名				
電話番号				
神奈川県管工事業健康保険組合理事長 殿				

※お振込みは原則、被保険者の口座になります。事業所宛をご希望の場合は委任状欄に記入してください。

社会保険労務士の提出代行印