

提出先	健保組合
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)

		受付担当

(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 ※ ※ 領収書を申請できる証明書は、診療又は手当の詳細を受けた方のは「この記載とされているものを添付していただく。医療費を立て替えたとき」

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 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	(ワガナ)	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	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		本店 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	
	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		ワガナ	口座名義	
		氏名		委任者と代理人との関係		

受付日付印