

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者  
家 族 療養費支給申請書

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、添付書類の詳細を受けた方のみ記載され、医療費を立替えたとき、医療費を立替えてください。

被保険者が記入する欄	被保険者証記号・番号	5 9 X X - X X X X X	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社 営業部		
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	被保険者住所	〒 △△△-□□□ 福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□□号				
	傷病名	胃炎	発病または 負傷年月日	令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いいえ</span>	
	診療または手当 を受けた医療機関の	名称	〇△□病院		医師の氏名	
		所在地	福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□□号		病院 和夫	
	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		
	診療又は手当を 受けた期間	自 令和 〇〇年 11月 3日 至 令和 〇〇年 11月 3日	1 日間	診療又手当に 要した費用の額	8,000 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	令和〇年11月1日から国保から健保へ加入したが、切り替えを忘れ、国保の保険証を使ってしまったため。					
被扶養者に関する 申請のときはその者の	氏名	昭和 平成 令和	60 年 12 月 6 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		△△ 本店 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			フリガナ	
		フリガナ			口座名義	
		氏名			委任者と代理人との関係	

受付日付印