

提出先：日本アイ・ビー・エム健康保険組合（HZD-YY1）
（〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21）

社内郵便番号		電話番号
×××	××-×	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
ボイスネット：×××-××××		

（任意継続・特例退職被保険者の方は自宅電話番号）

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

（第 回目）

被保険者証	記号	123	被保険者が勤務する（していた）事業所	名称	日本アイ・ビー・エム健康保険組合					
	番号	1234567		所在地	東京都中央区〇〇町〇-〇					
傷病名	急性腸炎			発症または負傷の年月日	平成・令和 ××年 ××月 ××日					
発病又は負傷の原因	不詳									
傷病の経過	治癒									
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	健保病院		所在地及び電話番号	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇				
	氏名	医師 太郎		電話番号	() -					
診療又は手当の内容	診察・投薬			入院期間	自	平成・令和	年	月	日	
				至	平成・令和	年	月	日		
診療又は手当を受けた期間	自	平成・令和	××年	××月	××日	××日間	診療又は手当に要した費用の額	金	12,345 円也	
	至	平成・令和	××年	××月	××日					
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生労働大臣が定める療養を含む時はその旨										
療養の給付又は特別療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	健康保険証発行手続き中のため									
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	該当せず		加害者の氏名						
				加害者の住所						
被扶養者に関する申請のとき	氏名	健保 次郎		生年月日	昭平	××年	××月	××日	被保険者との続柄	次男
振込先銀行名	銀行 支店			普通 当座						
	[IBM社員・関連会社社員は給与振込につき記入不要です] [健保に銀行口座を登録されている方は、登録済み口座に振り込まれますので記入不要です]									
欄	上記の通り申請いたします									
	令和 ××年 ××月 ××日									
	〒 123-4567									
	住所 東京都中央区〇〇1-2-3									
被保険者 氏名 健保 太郎										
健康保険組合理事長 殿										
健印										