◎申請上の注意

一　この申請をする時は、療養の給付を受けられなかった理由を詳細記入し、医師から診療費領収明細書の記入及び領収印を受け組合に提出して下さい。

二　この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「被保険者」を○で囲み、家族である場合は「家族」を○で囲んで下さい。

三　家族申請の場合は、「被扶養者の氏名・生年月日・続柄」欄も記入して下さい。

四　全ての該当する項目に記入して下さい。

支給決定伺			伺年月日	令和　年　月　日		
			決裁年月日	令和　年　月　日		
支給決定額	法定	円	常務理事	事務長	課長	係
	付加	円				
支給期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間					
備考						

被保険者　療養費
家　族　家族療養費付加金

支給申請書

被保険者等記号・番号	記号 番号	事業所の名称	
資格取得年月日	昭・平・令　年　月　日		
資格喪失年月日	令和　年　月　日	診療を受けた病院の住所・名称	
発病又は負傷年月日	令和　年　月　日	診療の内容	診療費領収明細書の通り
傷病名		診療期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間
傷病原因		診療に要した費用	円
療養の給付を受けられなかった理由			
傷病が第三者の行為に因る時はその事実及び住所・氏名			

被扶養者の氏名生年月日・続柄	氏名	生年月日	続柄
		昭・平・令　年　月　日	

上記のとおり申請します。また、私は、BIPROGY健康保険組合がこの給付決定の調査として、私の受けた保険給付、医療行為等に係る情報に関し、医療機関、事業所等に照会することに同意します。

令和　年　月　日

BIPROGY健康保険組合　御中

上記金額受領方を　　に委任します

被保険者　〒＿＿＿＿＿＿
住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
電　話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

振込希望口座　　銀行　　支店　普通 当座　NO.

確認欄	自著の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。
□	

（ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。）

2025年3月版