

健保記入欄	決定額	円		種別	治療器具・立替払・その他		
	支給内訳	療養		決定	令和	年	月 日
		高額			令和	年	月 日
	資格取得	昭・平・令	年	事務長	係		
	資格喪失	令和	年				
計算式							



健康保険 【 被保険者 ・ 家族 】 療養費支給申請書

被保険者が記入する欄	① 被保険者証の記号番号	記号 1 番号 4321	② 被保険者の氏名(自署)	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	男 女
	③ 被保険者の現住所等	〒123-1234 ※都道府県名から記入 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ハイツ201 電話番号 (0123 - 456 - 7890)			
	④ 事業所名称	関東いすゞ自動車株式会社	⑤ 勤務支店名	〇〇支店	
	⑥ 診療等を受けた者	氏名 健康 太郎	生年月日 昭・平 59年 5月 23日	被保険者との続柄	本人
	⑦ 傷病名	左膝十字靭帯損傷	⑧ 第三者の行為による負傷ですか	はい ・ いいえ	
	⑨ 発病(負傷)の年月日及び原因	(いつ)	令和 △年 2月 12日 / 午前・午後 11時 30分頃		
		(何处で)	〇〇スキー場のグレンデ		
		(何をしていた)	スノーボードで滑走中		
		(どうなった)	バランスを崩して転倒し、左膝を強打		
	【傷病の経過】	治療 ・ 治療中 (入院 ・ 通院)			
⑩ 受診した病院等	名称 〇〇整形外科病院	医師の氏名	関東 次郎		
	所在地 〇〇県〇〇市〇〇町456				
⑪ 診療期間	令和 △年 2月 12日 から 1 日間 入院 令和 △年 2月 12日 まで 外来	⑫ 診療等に要した費用	45,000 円		
⑬ 療養の給付を受けることができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を装着したため (装着日 : 令和 △年 2月 12日) <input type="checkbox"/> 自費で受診 (理由) <input type="checkbox"/> 他制度(保険)で受診 (理由) <input type="checkbox"/> その他 (理由)				
委任欄	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。			令和 △年 2月 21日	
	被保険者氏名(自署) 健康 太郎				
支払先金融機関	※被保険者が「退職している(任意継続含む)」場合に記入。◀名義は被保険者に限る▶			受付印	
	金融機関名	銀行 組合 金庫 農協			
	支店名	本店 出張所 支店			
	口座番号	預金種別	普通 ・ 当座		