

健 保 記 入 欄	決 定 額	円			
	支給内訳	療養			
		高額		付加	
	資格取得	昭・平・令 年 月 日			
	資格喪失	令和 年 月 日			
	計算式				

種 別	治療装具 ・ 立替払 ・ その他		
決 定	令和 年 月 日		
支 給	令和 年 月 日		
常務理事	事務長	係	

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	② 被保険者の氏名（自署）	(フリガナ)				男	
		番号						女	
	③ 被保険者の現住所等	〒 ※都道府県名から記入							
	電話番号 (— —)								
	④ 事業所名称				⑤ 勤務支店名				
	⑥ 診療等を受けた者	氏名		生年月日	昭・平 令 年 月 日	被保険者との続柄			
	⑦ 傷病名				⑧ 第三者の行為による負傷ですか	はい ・ いいえ (はい のときは別途「傷病届」を提出)			
	⑨ 発病(負傷)の年月日及び原因	(いつ)	年 月 日 / 午前・午後 時 分頃						
		(何处で)							
		(何をしていた)							
(どうなった)									
【傷病の経過】		治癒 ・ 治療中 (入院 ・ 通院)							
⑩ 受診した病院等	名 称				医師の氏名				
	所在地								
⑪ 診療期間	令和 年 月 日 から 日間 入院			⑫ 診療等に要した費用		円			
		令和 年 月 日 まで 日間 外来							
⑬ 療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を装着したため (装着日 : 年 月 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 月 日								
	被保険者氏名（自署）								
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			