

支給決定伺

起案年月日		年	月	日
決 裁				
常務理事	事務長	係	台帳照合	

支 給 期 間						支 給 決 定 金 額								
自	平成	年	月	日	日間									円
前	回	迄	の	自	年	月	日	日間	備 考					
支	給	期	間	至	年	月	日							
資	格	関	係	取	得	年	月	日						
照	合	済	喪	失	年	月	日							

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被保険者証の	記号		事業所名		被保険者(請求者) 氏名・印		㊟				
被 保 険 者 (請求者) の住所	〒							(電話番号	-	-	)
受診者 氏 名				受診者の 生年月日	昭 和 年 月 日	被保険者との続柄					
傷病名				発症または 負傷の年月日	平成 年 月 日	第三者行為による傷病ですか 労災・通災による傷病ですか	はい・いいえ				
傷病の原因				傷病の経過							
診療を受けた 医療機関等の	名 称				入院・外来の別	入 院 ・ 外 来					
	所 在 地				診療または手当 を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間					
	医師の氏名										
診療または手当等に要した費用の額				円	装具等装着日	平成 年 月 日					
療養の給付を受けられなかった理由				①緊急やむを得ず受診し、健康保険証を持っていなかったため ②入社手続き中のため健康保険証が手元になかったため ③他の保険者の健康保険証を使用したため ④治療用装具等の装着のため				該当する理由番号を記載して下さい。 添付書類については下記参照 理由番号①と②は『1』を理由番号③は『2』 を理由番号④は『3』で確認して下さい。			

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を下記受任者に委任します。																		
	平成 年 月 日																		
	委任者(被保険者) 住 所 氏 名 ㊟																		
	受 任 者 住 所 氏 名 ㊟																		

添付書類【原本提出】

1. 保険証不携帯もしくは手続き中による受診の場合 ・領収明細書(領収書) ・医療機関発行の診療(調剤)報酬明細書	2. 返還請求(他保険者の保険証を使用し受診した場合) ・他保険者発行の領収書 ・他保険者発行の診療(調剤)報酬明細書	3. 治療用装具等の場合 ・医師の意見書等 ・装具装着証明書 ・領収書と領収書の内訳のわかる書類
---	---	---

※受診月が複数月ある場合は、1月単位で提出して下さい。
※複数医療機関がある場合は、1医療機関ごとに提出して下さい。