

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
	日間			

記入例：小児用治療用眼鏡を作成した場合

支給支払決議書				
常務理事	事務長	担当		
資格取得	年		月	日
資格喪失	年		月	日
支払年月日	年		月	日

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 回 目)

記号	〇〇	被保険者が勤務する(して)事業所の	名称	〇〇株式会社	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
番号	〇〇〇〇〇〇	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府〇〇市〇〇区 △△-□□								
傷病名	弱視		発病又は負傷の年月日	不詳 年 月 日							
発病又は負傷の原因	不詳										
傷病の経過	良好										
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	〇〇病院	所在地及び電話番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇町〇〇 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
	氏名	山田 太郎									
診療又は手当の内容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 弱視を治療するために眼鏡を着用 コルセット装着日 年 月 日										
診療又は手当を受けた期間	自 令和 8 年 6 月 5 日 至 令和 8 年 6 月 5 日	1 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 40,000 円也							
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ときはその旨											
療養の給付又は特定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	弱視治療用眼鏡購入のため										
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	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	大和 一郎	生年月日	明昭 大平 令和 1 年 6 月 7 日	被扶養者の性別	次男					
振込希望の金融機関名	カナ	〇〇 銀行	フリガナ	〇〇 普通	1	2	3	4	5	6	7
被保険者本人名義	〇〇 信用金庫	〇〇 農協	支店	当座							
上記のとおり申請します。 被保険者の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 令和 8 年 6 月 20 日 大阪市〇〇区△△町 □□-フリガナ ダイワ タロウ 氏名 大和 太郎 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇											
ダイワボウHD健康保険組合理事長 殿											

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

手書きの場合は楷書で丁寧に記入してください。
字が読みづらいと、正しい文字の確認に時間がかかり、支払が遅れる場合があります。

被扶養者に関する申請の時は必ず記入してください。

必ず被保険者本人名義の口座を記入してください。本人名義以外の口座には振り込みできません。