

健 保 記 入 欄	同 年 月 日	年			月			日						常務理事	事務長	担当者
	支 払 年 月 日	年			月			日								
	支 払 額		拾万	万		千	百	拾	円							
	支給決定額	医療機関	款	項	目		拾万	万	千	百	拾	円	摘 資 得 要 格 喪	年 月 日		
		被保険者	款	項	目		拾万	万	千	百	拾	円		年 月 日		

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（第 回目）

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号				被保険者の氏名	 ※自署の場合は押印不要										
	被保険者 の住所・TEL	〒 (TEL: — —)														
	事業所の名称															
	療養が被扶養者 に関するときは、 その者	氏名					生年 月日	年	月	日	被保険者 との続柄					
	傷 病 名								発病又は 負傷年月日	年	月	日				
	発病又は 負傷の原因 及びその経過	発生原因	仕事中	通勤途上	私用中	その他 ()				第三者行為による ものですか						
												はい ・ いいえ				
	診療を受けた 病院等	名称														
		所在地	〒 (TEL: — —)													
	診療期間	年 月 日～ 月 日 (日間) 入院 ・ 外来										診療に要した費用の額 円				
	申請の種類	自費診療 ・ 装具														
	申請理由	(被保険者証を使用できなかった理由、装具の場合名称等)														
受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業所代理人に委任します。 年 月 日															
	被保険者(申請者)氏名  事業所代理人の氏名  ※自署の場合は 押印不要															
金 融 機 関	金融機関名称	銀行 ・ 金庫 信組 ・ 農協				本店 支店	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号							口座名義	(フリガナ)							

※自費で診療した場合の療養費の申請には、診療報酬明細書と領収書(原本)が必要です。

受付日付印

※装具の申請には、医師の意見書・装具装着証明書(原本)と装具の領収書(原本)が必要です。

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)

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

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。