健保記入欄																		
伺年月日	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	摘要	資格	得	年　月　日				
	被保険者	款	項	目	拾万	万	千	百	拾	円			喪	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	健保　太郎　㊞ ※自署の場合は　押印不要			
被保険者の住所・TEL	〒123-4567　大阪市北区○○○○丁目○－○○ (TEL: 090 － 1234 － 5678)					
事業所の名称	株式会社○○○○○○					
療養が被扶養者に関するときは、その者	氏名	健保　花子	生年月日	H○○年　○月　○○日	被保険者との続柄	妻
傷病名	○○病	発病又は負傷年月日	R2 年 10 月 3 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			
	具体的な原因を記入		はい・(いいえ)			
診療を受けた病院等	名称	○○○○病院				
	所在地	〒 上記、病院の住所・TELを記入 (TEL:　－　－　)				
診療期間	R2 年 10 月 3 日～　月　日（ 1 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) ・旅行時、保険証を持って行っていなかった　等の理由を記入 ・装具の場合は、足底装具等を記入					
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。　R2 年 10 月 21 日 被保険者(申請者)氏名　健保　太郎 事業所代理人の氏名					
金融機関	金融機関名称	銀行・金庫　本店	預金種別	普通・当座		
	口座番号					

在職者の方はこちらに記入
※在職中の方は、事業所への委任払いになります。

任意継続及び喪失者の方はこちらに記入

※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。

ロイヤルホテル健康保険組合　R4.5改定