

※支給決定日		支給決定日 令和 年 月 日					
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担当	

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成 ・ 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ		㊟	被保険者住 所		〒					
		昭和・平成・令和 年 月 日					電話 ()					
	所属事業所及び部署名	電話 ()										
	療養が被扶養者のときは、その者の氏名			続柄	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日		
	種類	1. 一般診療 (海外療養費含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. その他 (生血)										
	発病または負傷年月日	平成 ・ 令和	年	月	日	傷 病 名						
	発病または負傷の原因及び経過								第三者の行為による ものですか	いいえ ・ はい		
	診療・薬剤の支給を受けた医療機関等	名 称				診療を担当した医師名						
		所在地										
診療の期間又は治療装具の装着日	自	年	月	日	日 数	診療、装具購入に要した費用の額		※領収書原本を添付してください。 ※領収書は返却いたしません。				
	至	年	月	日	日	円						
診療の内容												
療養の給付を受けることができなかった理由												

※急病等により保険証を持たずに医師にかかったときは、「診療報酬明細書(レセプト)」と「領収書」の原本を添付してください。
 ※コルセット等治療用具に関する申請のときは、「医師の証明書」等と装具代金の「領収書」と「*明細書(内訳書)」の原本を添付してください。
 *領収書に作成した装具の部品や数量、金額が記載されている場合は提出不要

委任状	私は、療養費の受領に関することを事業主に委任いたします。										
	被保険者氏名										㊟

支払金融機関	任意継続被保険者または、資格喪失後の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。	銀行		本店
		信用金庫		支店
		信用組合		
		支店番号	普通	預金番号(右づめ)
		名義人(フリガナ)		

令和 年 月 日提出
 受付日付印