

※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

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇 番号 〇〇〇	被保険者 資格取得日	平成 令和 〇〇 〇〇 〇〇	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 ケン ボ タロウ		〒 160-0023		東京都新宿区西新宿〇-〇-〇	
		健保 太郎		被保険者 住 所		東京 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
		昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		電話		〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
	所属事業所 及び部署名	株式会社 健康保険 組合理		電話		〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
	療養が被扶養 者のときは、 その者の氏名	健保 花子		続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和 5 0 0 2 0 2
	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 〇〇 〇〇 〇〇	年 月 日	傷 病 名		右膝関節靭帯損傷	
	発病または 負傷の原因 及び経過	自宅の階段から落ちて負傷			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	エイチ・アイ・エス外科		診療を担当 した医師名	〇〇 〇〇	
	所在地	〇〇県 〇〇市 2-2-2					
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	
	至	年	月	日	1	25,000 円	
診療の内容	右膝用装具の装着						
療養の給付 を受けること ができな かった理由	治療用装具を作成したため						

※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。		令和 〇年 〇〇月 〇〇日
	被保険者氏名	健保 太郎	

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 右欄に記入してください	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店
	※退職者・任意継続者以外は 記入しないでください		

令和 〇年 〇〇月 〇日提出
 受付日付印