

※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	被保険者証の記号番号	記号 ○○ 番号 ○○○	被保険者資格取得日 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 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 ケン ボ タロウ 健保 太郎	被保険者住所	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿○-○-○ 電話 ○○ (○○) ○○○○	
	所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合部 電話 ○○ (○○) ○○○○			
	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 ○○ 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	○○ ○○	
		所在地	○○県 ○○市 2-2-2		
	診療の期間又は治療装具の装着日	自 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 至 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	診療、装具購入に要した費用の額	25,000 円 ※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。	
診療の内容	右膝用装具の装着 医師が装具を必要とした診断した日を記載してください。				
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 ○年 ○○月 ○○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 本店 信用金庫 本店 信用組合 本店
	※退職者・任意継続者以外は記入しないでください	

令和 ○年 ○○月 ○○日 提出
受付日付印