※支給決定伺				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 家族　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　○○ 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	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケン　ポ　タロウ 健保　太郎 昭和・平成・令和　○○年　○○月　○○日	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年0月0日2日0日2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	感冒		
発病または負傷の原因及び経過	咳がひどく、発熱したため	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・エス病院 所在地　○○県○○市2−2−2	診療を担当した医師名	○○ ○○		
診療の期間又は治療装具の装着日	自　○○年04月11日 至　○○年04月12日	日数	2日	診療、装具	15,000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	点滴を受け、薬を処方された				
療養の給付を受けることができなかった理由	入社してまもなく、被保険者証が届いていなかったため				

処方箋により薬局で調剤された薬剤を受けた場合は、その薬局の名称、所在地、調剤師氏名も併せて記入してください。

※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、申請者本人の口座を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　○年　○○月　○日提出

受付日付印

2021.5

エイチ・アイ・エス健康保険組合