

※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 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 〇 月 〇 日 〇	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	被保険者住所	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇			
	所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合部		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	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		診療を担当した医師名	〇〇 〇〇	
	診療の期間又は治療装具の装着日	所在地	〇〇県 〇〇市 2-2-2		診療、装具	15,000 円	
	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						

※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