

※支給決定日			支給決定日 平成 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 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	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日	
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ		被保険者住所		〒							
		㊟				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	大正	昭和	平成	年	月	日
	発病または負傷年月日	平成	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				
	診療を受けた医療機関	名称				診療を担当した医師名							
		所在地											
	診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	日数	区 分	入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用の額		
	至	年	月	日		入院外	自平成	年	月	日	※領収書を添付すること 日間 円		
						入 院	至平成	年	月	日			
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」と「領収書」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)」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。										
	平成 年 月 日										
	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・当座			預金番号(右づめ)					
		名義人(フリガナ)									

平成 年 月 日提出

受付日付印