

※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 療養費支給申請書

※提出回数をご記入ください

(第 1 回目)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号 記号 ○○ 番号 ○○○	被保険者 資格取得日 平成 210401	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合) 平成	年	月	日
	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者氏名 健保 太郎	被保険者住所 〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123			
	生年月日 昭和 平成 50年1月1日	続柄 長女	生年月日 大正 昭和 平成			
	所属事業所 株式会社 健康保険 組合部	電話 03 (1234) 5678				
	療養が被扶養者のときは、その者の氏名 健保 花子	電話 03 (5678) 1234				
	発病または負傷年月日 平成 ○○○○○○	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				
	診療を受けた医療機関 名称 エイチ・アイ・エス整骨院	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(支給期間) 自 〇〇〇〇〇〇 至 〇〇〇〇〇〇	入院の場合左記の入院期間 入院外 自平成 年 月 日 日間 入院 年 月 日 日間	診療に要した費用の額 ※領収書を添付すること 25,000 円			
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つた理由 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」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 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 本店 信用金庫 支店
		支店番
		名義人(フ)

※退職者・任意継続者以外は記入しないでください

平成〇〇年〇月〇日提出
受付日付印