支給期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日 間	支給支払決裁書				
		常務理事	事務長	会　計	扱　者	被扶養者 台帳照合
支払額	円					
支払年月日	令和　年　月　日					
備　考		資格取得	年　月　日			
		資格喪失	令和　年　月　日			

健康保険　被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

令和　年　月　日　提出

被保険者の記入するところ							
被保険者証の記号・番号	記号 番号	事業所の名称					
被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	昭・平　年　月　日				
被保険者の住所	〒　－	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	電話番号				
被扶養者が該当の場合その氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	昭・平・令　年　月　日	続柄			
傷病名		発病または負傷年月日 (療養開始日)	令和　年　月　日				
発病又は負傷の原因及びその経過							
第三者行為によるものですか	いいえ・はい	診療を受けた病院等	(名称) (所在地)				
診療の期間及び入院・入院外の別	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間	0:入院外 1:入院					
療養の給付を受けることができなかった理由	装具装着・保険証未携帯・その他　(　　)						
診療に要した費用 装具に要した費用	円						

受取代理人の欄	
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 被保険者の　住所 氏名 事業所所在地 事業主名称 事業主氏名

受付日付印

※ **診療の申請をする場合、領収書(原本)と「診療報酬明細書」を添付してください。**
※ **治療用装具を申請する場合、医師の意見書「装着証明書」(原本)と領収書(原本)を添付してください。**
なお、靴型装具については装具の写真を添付してください。
※ **第三者行為について「はい」の場合、別紙の「第三者行為による傷病届」を添付してください。**

【2024.12改訂】