

支給期間	令和 年 月 日	支給支払い決裁書				
	令和 年 月 日	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 療養費支給申請書  
被扶養者

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	事業所の名称			
		番号				
	被保険者の氏名と⑩	(フリガナ)	生年月日	昭・平	年 月 日	
	被保険者の住所	〒 -	(フリガナ)	電話番号		
	被扶養者が該当の場合その氏名	(フリガナ)	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				⑩
	事業所所在地 事業主名称 事業主氏名				⑩

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。