

【見本】

支給期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	支給支払い決裁書				
				間	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	(株)○○○○ ※任意継続の被保険者の方は 名称:「任意継続」と記入		
	被保険者の氏名と④	(フリガナ)ツハキ タロウ 椿 太郎	生年月日	昭・平 50 年 4 月 5 日		
	被保険者の住所	〒 165-0022	(フリガナ) 東京都○○区○○○100	電話番号 03-3456-○○○○		
	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	右足打撲	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	5月6日、自宅の階段で清掃中に滑って足を壁にぶつけた。				
	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) 椿本整形外科 (所在地) 京田辺市甘南備台100		
	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	○	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	5,680 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	東京都○○区○○○100 椿 太郎			
	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。