【 見　本 】

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　〇〇 番号　〇〇〇〇	事業所の名称	㈱〇〇〇〇 ※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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)ﾂﾊﾞｷ　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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 東京都〇〇区〇〇〇100	電話番号 03-3456-〇〇〇〇	
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	右足打撲	発病または負傷年月日(療養開始日)	令和 〇 年 〇 月 〇 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 〇 年 〇 月 〇 日 から　令和 〇 年 〇 月 〇 日 まで　〇 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	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　東京都〇〇区〇〇〇100 氏名　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。

【2024.12改訂】