

受付年月日	年 月 日				
伺年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
支給額	療養費・第二家族療養費	支給支払決議書			
		常務理事	事務長	確認	担当
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	資格取得	年 月 日		
		資格喪失	年 月 日		
		支払年月日	年 月 日		

被保険者 療養費支給申請書  
被扶養者

被保険者証の 記号・番号			被保険者氏名		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄	
所属コード			氏名コード		
事業所名称			日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 内線	— —
				<input type="checkbox"/> 携帯	— —
				<input type="checkbox"/> 自宅	— —
傷病名			発病又は負傷の年月日	年 月 日	
発病又は負傷の原因(詳しく)					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	所在地及び電話番号			
	氏名				
診療又は手当の内容			入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日
			コルセット装着日	年 月 日	年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也
	至 年 月 日				
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証発行申請手続き中のため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、保険証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 9歳未満の治療用眼鏡等を作成したため				
領収書原本証明	<input type="checkbox"/> 国や市町村への助成金を請求するため、領収書(原本証明)が必要な場合のみチェックして下さい				
発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか	いいえ ・ はい		交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい	
振込希望の銀行又は郵便局名	※任意継続者・退職者のみ記入		銀行	支店	普通( ) 当座
<b>委任状</b> <span style="float: right;">※任意継続・退職者は記入・押印不要</span>					
私は上記記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の受領を委任します。					
被保険者住所 〒				令和 年 月 日	
被保険者氏名				(印)	
押印必須 認印可 シャチハタ・日付印不可 外国国籍を有する方のみサイン可					

【注意】

- 治療用装具代の申請をする場合は、『医療担当者による証明書』、『領収書』の原本、『治療用装具の写真』が必要です。健保受付印
- 立替払いの申請をする場合は、『診療報酬明細書』および『領収書』の原本が必要です。  
※診療月ごとに申請書をご記入下さい。同診療月であっても医療機関ごと、入院・外来に分けて下さい。
- 9歳未満の治療用眼鏡等の申請をする場合は、『医師の作成指示書・検査結果』(コピー可)および『領収書』の原本が必要です。
- 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず同印鑑で訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)