

支給支払決議書	支払額		常務理事	事務長	担当者			
	資格	得喪	年 月 日	療 始	年 月 日	日 数	種 類	療養費 (入院・入院外・歯科・調剤) 装具 眼鏡 針灸 マッサージ その他 ()
			年 月 日	療 終	年 月 日	日 数	日 間	

健康保険 被保険者 **家族**

療養費支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

被 保 険 者 が 記 入	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号			被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名		フリガナ ケンポ タロウ		
	記 号	〇〇	番 号	〇〇〇〇	健保 太郎			
	被 保 険 者 (請 求 者) の 現 住 所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇1-1-1		電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
	事 業 所 の 名 称		〇〇〇〇株式会社					
	療養が被扶養者に関するときは、その方の氏名等		氏名	健保 花子	生年月日	昭 平 令 〇〇年 〇月 〇日	続柄	子
	傷 病 名		急性胃腸炎		発病又は負傷年月日 (療養開始年月日)	令和 〇〇年 〇月 〇日		
	発病の状態又は負傷の原因及びその経過 (詳しく記入)		場所(どこで)	状態(原因)		第三者行為によるものですか		
			宿泊先	夕食を食べて就寝。その後夜中に突然お腹が痛くなった。		はい ・ いいえ		
	診 療 を 受 け た 病 院 等		名 称	〇〇病院				
			所在地	〇〇〇〇2-1-1				
診 療 の 期 間 (支 給 期 間)		始	令和 〇〇年 〇月 〇日	診 療 に 要 し た 費 用 の 額		〇〇,〇〇〇 円		
		終	令和 〇〇年 〇月 〇日 2 日間					
診 療 の 内 容		診察、薬						
療養の給付を受けることができなかった理由		旅行先で保険証を持っていなかったため。						

装 具 を 作 製 し た 場 合 に 記 入	以前にも同様の傷病・同部位の装具を作製されましたか	以前にも作製したことがある ・ 初めて作製した
	【15歳以上(義務教育を終えた方)のみ記入】 今回装具を作製した部位で、身体障害者手帳をお持ちですか (障害者総合支援法による補装具費支給の対象になるかを判断するため確認させて頂いております)	以前作製したことがある場合は、 今回新たに作製した場合は、 ご記入ください。
		医療費の申請の場合は記入不要です
		持っている方は、自治体へ補装具費支給申請をしなかった理由をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 自治体から申請対象外と言われたから <input type="checkbox"/> 主治医から治療用装具のため健保組合への請求と言われたから <input type="checkbox"/> その他 ()

私は、健保組合が給付決定に必要なと認めた場合は※関係機関に保険給付に関する情報(私の個人情報を含む)の照会を行い、関係機関が回答をするに同意します。また、上記照会を行うにあたり、健保組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会を行うことについて了承致します。(受診者が18歳未満の場合、被保険者の氏名と続柄もご記入ください)

受診者名をご記入ください
※受診者が18歳未満の場合は、
被保険者の氏名と続柄もご記入ください。

受診者署名 健保 花子 (被保険者署名 健保 太郎)
 (受診者との続柄 父)

※関係機関とは、医療機関・日本年金機構・労働基準監督署・前加入健保組合等

※ 在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入ください

委 任 状	私は会社を代理人と定め、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	
	本人 氏 名	〇〇〇〇1-1-1 健保 太郎
	事業所住所 代理人 事業所名称 会社 氏 名	

在籍者は本人欄にご記入ください

※ 退職者は、支払い口座を記入してください。(被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です)

銀 行	支 店	普 通
信用金庫	出張所	当 座

退職者は支払口座をご記入ください