

被 保 険 者
家 族

療養費支給申請書

申請年月日	令和 年 月 日	事業所（会社） の名称	
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	(7桁)
			被保険者氏名
連絡先住所・ 電話番号	(〒 -) (TEL :)		
対象者氏名	対象者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
傷病名		発病または 負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
発病または 負傷の原因		診療または 手当の内容	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の作成 <input type="checkbox"/> その他
傷病の経過	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診療を受けた 医療機関 調剤薬局等	名称	医師または薬剤師の氏名	
	住所		
診療または手当の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	診療または装具 等に要した費用 の額 円
療養の給付を受ける ことができなかった 理由	<input type="checkbox"/> 保険証を持たずに医療機関を受診したため <input type="checkbox"/> 治療用装具、治療用眼鏡等を作成し、費用を全額負担したため <input type="checkbox"/> 当組合に加入する前の保険証を使って受診し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
傷病が第三者の行為に 因るものであるか否か	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です		
委任状	給付金の振込について： 健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。 給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。		
	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名		

K001

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印