レゾナック健康保険組合　常務理事 殿

□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	
被保険者等記号・番号	記号	番号		被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
連絡先住所・電話番号	（〒　　－　　） （TEL：　　）				
対象者氏名		対象者生年月日	□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日	被保険者との続柄	
傷病の種類および傷病名	□ 病気　・　□ けが ※けがの場合「負傷原因届」を併せてご提出ください。 （傷病名　　）			発病または負傷の年月日	□平成 □令和　　年　　月　　日
発病または負傷の原因	□ 業務外　□ 業務中または通勤途中 □ 生来性　□ その他（　　）			診療または手当の内容	□ 診察　□ 調剤 □ 治療用装具等の作成　□ その他
傷病の経過	□良好　□治癒　□治療中　□その他（　　）				
傷病が第三者の行為に因るものであるか否か	□ 有　・　□ 無 ※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。				
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
療養費を申請する理由	□ マイナ保険証等を持参せず医療機関を受診し、医療費を全額負担したため □ 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 □ 他の健保組合の資格で喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため □ その他（　　）				
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