

支給支払決議書	伺年月日	年	月	日
	決裁年月日	年	月	日
	支払年月日	年	月	日
	支給額			

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
資格取得日	年	月 日
資格喪失日	年	月 日

**健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回)**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	—	事業所名称		
	被保険者 (請求者)の	個人番号 (マイナンバー)			
		氏名	Ⓜ	生年月日	昭和・平成 年 月 日
		住所	〒		
	療養が被扶養者に関する時はその者の	個人番号 (マイナンバー)			
		氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 続柄
	傷病名			療養を開始した日	年 月 日
	発病又は負傷の原因およびその経過	(いつ) 平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃			第三者行為によるものですか?  はい・いいえ
		(どこで)			
		(何をしています)			
診療を受けた病院等	名称	所在地	治療に要した費用の額 円		
診療の期間	自 年 月 日	日数	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間	
	至 年 月 日	日	入院 入院外	自 年 月 日 至 年 月 日	計 日間
○印を して 下 さい	療養の給付を受けることができなかつた理由に 1. 保険医又は保険者の指定する者がいない地域で病医院を受診したため。 2. 傷病が緊迫した状態で、保険医外の医師に受診したため。 3. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律により収容され、当然受けるべき療養の給付が受けられなかったため。 4. 治療用装具を必要としたため。(装着日: 年 月 日) 5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けたため。 6. その他 (具体的に) _____ _____				
振込銀行	銀行	支店	普・当 NO.	名義(かたがで)	
受 取 代 理 人 の 欄	<b>被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者(請求者)・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと</b>				
	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。			請求者と代理人との関係	
	被保険者 氏名 (請求者)	Ⓜ	住所 〒	年 月 日	
代理人の 氏名と印	(フリガナ)	Ⓜ	代理人の 住 所	〒	

事業所担当印

受付日付印