

同	年	月	日	平成	年	月	日	常務理事	事務長		係	
支	払	年	月	日	平成	年	月	日				
* 支 払 決 議 書	支払額		拾万	万	千	百	拾	円	摘 資 格 得 喪 要 備 考	年	月	日
	支給決定の額	法定給付	拾万	万	千	百	拾	円		年	月	日
		付加給付										

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)  
 (立替払等、治療用装具、生血)

◎ ◎記入にあたって、注意事項をよく読んでください。  
 「\*」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者の記号・番号		② 生年月日		③ 被保険者 (フリガナ)		④ 被保険者 (申請者) の氏名		⑤ (印)	
	—		大昭平 年 月 日		—		—		—	
	④ 事業所の名称		所在地		⑤ 被保険者 (申請者) の住所		〒 — (フリガナ)		(電話番号)	
	—		—		—		—		—	
	⑥ 療養が被扶養者に関するときは、その者の		⑦ 氏名		⑧ 生年月日		⑨ 被保険者との続柄		—	
	—		—		大昭平 年 月 日		—		—	
	⑦ 傷病名		⑧ 発病または負傷年月日		年 月 日		⑨ 被保険者との続柄		—	
	—		—		—		—		—	
	⑩ 発病又は負傷の原因およびその経過		(いつ・どこで・どうした)		⑩ 自動車事故等第三者の行為によるものですか?		1. はい 2. いいえ		⑪ 加害者氏名	
	—		—		—		—		—	
	⑪ 診療を受けた病院等		名称		所在地		医師氏名		—	
	—		—		—		—		—	
⑫ 診療の期間 (支給期間)		自 年 月 日		日数		入院・入院外の別		入院の場合 (入院期間)		
—		—		—		1.入院 2.入院外		自 年 月 日		
⑬ 診療の内容		⑭ 診療に要した費用の額		円		⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由		—		
—		—		—		—		—		

⑭ 支払金融機関	銀行		本店		預金種別	1. 普通		フリガナ	
	金庫・農協		支店			名義		—	
口座番号		—		—		2. 当座		金融機関・支店CD	

受取代理人の欄	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。		平成 年 月 日		
	被保険者 住所		—		
	(請求者) 氏名		— (印)		
	委任者と代理人との関係 ( )		—		
代理人の氏名と印		フリガナ		— (印)	
代理人の住所		郵便番号		フリガナ	
—		—		—	

平成 年 月 日提出  
 受付日付印