

同 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		係
支 払 年 月 日	令和 年 月 日				
* 支払 支給 決議書	支払額	拾万 万 千 百 拾 円			
	法定給付	拾万 万 千 百 拾 円	摘 資 格	得 喪	年 月 日 年 月 日
	付加給付		備 考		

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。
◎ 添付書類原本は返却できませんので、必要な場合はあらかじめコピーをお取りください。
◎ 「*」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と	① 被保険者の記号・番号	② 生年月日	③ 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)
	④ 事業所の 名称 所在地	昭 平 令 年 月 日	氏名	(印)
	⑤ 被保険者 (申請者) の住所	〒 - (フリガナ)	① 生年 月 日	昭 平 令 年 月 日
	⑥ 療養が被扶養者に関 するときは、その者の	⑦ 氏名	② 被保険者 との続柄	(電話番号)
	⑦ 傷病名		⑧ 発病または負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日
	⑨ 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 診療を受 けた病院等	名称 所在地	医師氏名	⑪ 加害者氏名
	⑫ 診療の期 間(支給期 間)	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	入院・入院外の別 1.入院・2.入院外
	⑬ 診 療の 内 容	⑭ 診療に 要した 費用の 額	⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	入院の場合 (入院期間) 自 年 月 日 至 年 月 日 日間

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	2. 当座	金融機関・支店CD	
	口座番号			

*ゆうちょ銀行の場合は支店名欄に5ケタの記号を記載してください。未記入、不備の場合は給与振込みとなります。

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。		令和 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	

令和 年 月 日提出
受付日付印