

伺年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当	担当	
支払年月日	令和	年	月	日						
支払 支給 支給 決議 書	支払額		拾万 万 千 百 拾 円		摘 要	資格 備考	得	年	月	日
	支給 決定 額	法定 附加	款項目	拾万 万 千 百 拾 円			喪	年	月	日

記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (第 回日)

被保険者 療養費 支給申請書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号	記号	100	番号	9999	会社名	(株) タクマ			
	疾病名	右膝脱臼			発病又は負傷の 年月日	令和 3 年 11 月 16 日				
	発病又は負傷の原 因傷病の経過	犬の散歩中、公園の階段でつまずいて転んだ際、脱臼した。 経過良好								
	診療を受けた 医療機関の名称・ 所在地・医師氏名	名称	尼崎第一病院			所在地 電話番号	尼崎市潮江 3-2-1			
		医師氏名	田中 太郎			該当に○で 囲んで下さい	入院 ・ 通院			
	診療の内容	右膝下装具								
	診療の期間	自	令和 3 年 11 月 16 日	～	至	令和 3 年 11 月 25 日	診療に要した 費用の額	18,500 円		
	療養の給付を受けるこ とが出来なかった理由	右膝下装具の治療材料を必要とするため								
	第三者行為によって負 傷したものですか	はい・いいえ	第三者の氏名 住所・TEL			届出の 有無	あり・なし			
	申請が被扶養者に 関する時はその者の	氏名	田熊 幸子		生年 月日	S H R	3 年 4 月 15 日	続柄	妻	
上記のとおり申請します。					令和 3 年 11 月 30 日					
被保険者		住所 尼崎市田熊町 1-2-3								
		氏名 田熊 一郎			電話 (06) 6012-3456					

※ 下の「委任欄」も、ご記入ください。

委 任 欄	私は 事業主 を代理人と定め、療養費および同附加金の受領方を委任します。					令和 3 年 11 月 30 日
	被保険者	住所 尼崎市田熊町 1-2-3				
		氏名 田熊 一郎				
	事業主	住所				
		氏名				
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>被保険者の勤務先の人事（総務）に 記入してもらってください</p> </div>						

◎ 下記書類（①②とも原本）を添付し、各事業所の 人事（総務）経由でご提出ください。

- 療養に関する申請の場合
 - ① 領収証
 - ② 診療明細書
- ギプス等治療用装具および輸血に関する申請の場合
 - ① 領収証
 - ② 医師の意見書・証明書
- ③ 靴型装具の場合は当該装具の写真

※ 療養費支給申請書別紙（靴型装具写真添付用紙）を使用してください

健保受付印