

健 保 組 合 処 理 欄	支給金額	¥					常務理事		事務長		係	
	款 項 目	款	3	項	1	目	取得 年 月 日					
	支給決定日 年 月 日	令和 年 月 日					喪失 年 月 日					
	支払日 年 月 日	令和 年 月 日					1. 立替払等 2. 治療用装具 3. ()					
	支給額計算						受付日付印					
備 考												

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

健康保険被保険者 証の記号と番号	記号 番号	被保険者の 氏名と印	(印)		
被保険者の住所	〒□□□□□□□□				
電 話 番 号	- -				
事 業 所 の 名 称					
傷 病 名			発病又は負傷の 年 月 日	平成 令和	年 月 日
発病又は負傷の原因					
傷 病 の 経 過					
受診した医療機関名 住所及び担当医師名	名 称		住 所		
			担 当 名		
診療又は手当の内容					
診療又は手当の期間	平・令 年 月 日から	日間	うち入院 した期間	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
	平・令 年 月 日まで				
保険証を医師に提示 しなかった事由					
工作中又は第三者行為 による傷病ですか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 工作中(業務上・通勤途上) <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> いいえ				
申請が被扶養者の場合、 その者の氏名	生年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄	
備 考					

(説明) この申請書は被保険者又は被扶養者が保険医療機関等において診療を受けることが困難な場合又は保険医療機関等以外の医師又はその他の者の診療又は手当を受けた場合にその診療又は手当に要した費用を申請するものです。

(この申請書に添えなければならない書類)

- 療養に要した費用については①医師又は市町村から記入、押印を受けた領収書②診療報酬請求明細書の写し
- 血液代に関する支給申請のときは輸血を必要と認めた医師の証明書及び血液代金の領収書
- コルセット等に関する支給申請のときは装着を必要と認めた医師の証明書及び領収書

被保険者 銀行口座	銀行	本店 (名義))
	金庫	支店)
	農協	出張所	普通 口座番号 ()