

支給支払決議書			
常務理事	事務長	点検	担当者

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(被保険者・被扶養者の文字はいずれか該当する方を○で囲んでください)

被保険者が記入するところ	被保険者記号番号	被保険者氏名		会社・所属名		
	100 - 9999	健保 太郎		関西〇〇(株)		
	被保険者住所	〒 ***-**** 〇〇県△△市□□町☆☆番地			電話(自宅・勤務先・携帯) ** - *** - ****	
	療養を受けた者の氏名	健保 次郎	続柄	子	生年月日	昭和 平成 令和 24年*月*日生
	傷病名	発熱		発病または 負傷の年月日	令和 1年*月*日	
	発病または 負傷の原因	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 運動中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input checked="" type="checkbox"/> その他		原因		
	原因が外傷や第三者行為等による場合は「負傷原因届」を貼付してください。					
	療養を受けた 病院・診療所	名称	〇〇病院		診療した 医師氏名	△△ △△
		所在地	〇〇県△△市□□町*-*			
	診療期間	令和 1年 10月 1日 から 令和 年 月 日まで	1 日間	診療に要した 費用	12,345 円	
療養の給付を 受けることの できなかった事由	被保険者証を提示できなかったため					
入院、入院外の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	入院のときはその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		

療養費の支払いは、銀行振込です。被保険者名義の取引銀行をご記入ください。

(通帳のコピーを添付)

振込先	銀行名	支店名	種目	口座番号	(フリガナ) 被保険者の口座名義
	〇〇	△△	普通	*****	(ケンポ タロウ) 健保 太郎

- 記載できる欄はもれなく記載し、空欄は斜線を引いてください。
- 次の場合、この療養費支給申請書につき書類を添付してください。
- 保険証を提出できなかったときは、『領収(診療)明細書』を添付してください。
- 輸血(生血)の血液代を申請するときは、『領収書』と『輸血証明書』を添付してください。
- はり・きゅう・マッサージ代を申請するときは、『領収書』と『保険医の同意書』を添付してください。

受付日付印

支給額	振込日
円	