

支払 決 議 書	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
	支給額	円				
	資格取得	S・H・R 年 月 日	喪失	R 年 月 日	割合	7割・8割

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家族

(立替払等、治療用装具、生血)

◎記入方法及び添付書類等については、別紙「記入上の注意」を確認してください。	① 被保険者等 記号・番号	記号	フリガナ	③ 生年月日		
		番号	② 氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	続柄	
	④ 申請者の 住所	〒 - ※ 都道府県から記入してください			⑤ 電話番号	
	⑥ 事業所の 名称					
	⑦ 受診者が 被扶養者の場合	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄
	⑧ 傷病名	⑨ 診療を 受けた 医療機関等	名称	所在地	担当医師 氏名	
	⑩ 発病または 負傷の原因 及びその経過	いつ： 令和 年 月 日(頃) どこで： 何をしています：	⑪ 工作中、通勤途中 または第三者行為 によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 記入上の注意を ご確認ください		
	⑫ (立替払いの場合) 診療期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日数 日	⑬ 治療用 装具の 購入日 装着日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
	⑭ 診療 区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	⑮ 入院の場合 その入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	⑯ 診療の 内容	
	⑰ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	<input type="checkbox"/> 1. 医療機関等で健康保険の資格が確認できなかったため (理由： <input type="checkbox"/> 2. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> 3. 治療用装具を作製したため			⑱ 療養に 要した 費用の額	円

※⑱・⑲はどちらか一方に記入してください(任意継続の方もしくは退職後に在職期間中の分を申請する方→⑱、在職中の方→⑲)

⑲ 支払金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所
	金融機関コード [] 店番号 []
	預金種別 <input type="checkbox"/> 口座番号 フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座名義

備考欄
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

委任状	⑲ 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 (申請者)	住所 氏名
	受取代理人	住所 フリガナ 氏名
	〒 - TEL	

事業所担当者印

※訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には記入者の印を押してください。