

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)
被扶養者
【立替払・治療用装具・生血】

受付年月日	支払年月日

太枠内にご記入ください。

申請年月日 令和 年 月 日

◎ 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑦ 被保険者等 記号・番号	-	① 被保険者 (申請者) 氏名・印		⑧ 生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	被保険者 ⑨ (申請者) 住所・TEL	〒 - TEL ()	事業所名称 所在地	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地		
	⑩ 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 →	⑪ 氏名	続柄 ⑫ ※長男、 二女等	⑬ 生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	⑭ 傷病名			⑮ 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日	
	⑯ 発病または 負傷の原因 および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ → 第三者によるものですか (いいえ・はい)		⑰ 診療を受けた期間	⑱ 入院の場合は入院期間	
				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
				⑲ 装具等の装着について指示を受けた日	⑳ 装具装着日	
	⑳ 診療を受けた 医療機関等 の	名称	所在地	医師等 の氏名		
㉑ 療養に要した 費用の額	円		㉒ 診療の内容			
療養費の ⑳ 支給申請の 理由	1. 被保険者証交付前の受診 2. 緊急で被保険者証を持っていなかった 3. 治療用装具を作成したため 4. 生血液 5. その他 (理由)					
被保険者のマイナンバー記載欄 (②被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です)						

㉓ケガの場合は『負傷原因報告書』をご提出ください。また、「第三者によるケガ」の場合は、『第三者行為による傷病届』他の書類もご提出ください。

受 領 方 法	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満)					
	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上)					
	銀行・信用金庫 農協	本店・支店 出張所	普通・当座	口座 番号		
	年 月 日	被保険者氏名・印			⑳	

※ 健 保 組 合 記 入 欄	支給支出決定年月日			支給決定金額			支給方法		常務理事	事務長	担当者
	令和	年	月 日				円	現金 振込			
	支給期間			申請区分			備考				
	自	令和	年 月 日	1. 証交付前受診 4. 生血 2. 証所持せず 5. その他 () 3. 治療用装具作成							
至	令和	年 月 日 日間									