

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
家 族

記入上の注意

6 5 4 3 2 1
 ②欄の被保険者(受給権者)が自ら署名する場合には、被保険者(受給権者)の捺印は不要です。
 ③欄は、傷病の原因および経過をくわしくご記入ください。なお、第三者行為(交通事故や傷害等
 他人の行為が原因)によるものは別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。
 ④⑤の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 ⑥の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑦の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑧の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑨の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑩の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑪の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑫の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑬の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑭の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑮の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑯の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑰の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 ⑱の欄は、療養の給付(被保険者証を使用し医療機関を受診すること)を受けられなかった理由
 についてできるだけ詳しくご記入ください。
 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。(捺印
 を忘れないでください)

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|--------------------------|
| ①被保険者証の記号・番号 | | ②被保険者(申請者) 氏名と印 | | | | |
| | | 生年月日 | | | 昭和(5)平成(7)年 月 日生 | |
| ③被保険者(申請者)住所 | | 〒 電話 - - | | | | |
| ④事業所名 所在地 | | 〒 電話 - - | | | | |
| ⑤療養が被扶養者の ときは、その方の | | 氏名 | 生年月日 | 昭和(5)平成(7)年 月 日 | 続柄 | |
| ⑥傷病名 | | | ⑦発病・負傷 年月日 (療養開始日) | | 年 月 日 | 負傷の場合 時頃 |
| ⑧発病・負傷の 原因及び その経過 | | いつ どこで その時の 状況 | 年月日(曜日) 午前・午後 時頃 | | ⑨第三者行為による ものですか いいえ・はい | |
| ⑩診療を受けた 医療機関 | | ⑪名 称 所在地 | ⑫診療担当医師氏名 | | | |
| ⑬診療期間 (支給期間) | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日数 | ⑭入院 通院 の別 | 入院 通院 入院期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間 |
| ⑮診療内容 | | ⑯診療に要 した費用 | | 円 | | |
| ⑰療養の給付を受け ることができ なかった理由 | | ⑱代金支払年月日 令和 年 月 日 | | ⑲請求内容に○をしてください。 1. あんま・マッサージ 2. 鍼灸 3. 治療用装具(コルセット 治療用眼鏡等) 4. 立替払等 5. 海外療養費 6. その他 | | |
| ⑳コルセット・小児弱視眼鏡等に関 する申請のときは、その装着月日 | | 令和 年 月 日 | | | | |
| 備考 | | | | | | |

⑱ 本申請に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。
 令和 年 月 日

委任者 被保険者住所
 (請求者) 氏名

委任された方住所
 (事業主) 氏名

給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に
 受領委任してください。[被保険者(受給権者)の印を捺印してください。]
 なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)本人送金を希望される場合は、別途「健康
 保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、HPよりダウンロード
 するか、当組合までご連絡ください。

受付日付印