

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。  
 ⑧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。  
 ⑩の欄は、療養の給付(被保険者証を使用して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。  
 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。代金を支払った日の翌日から2年以内に申請ください。  
 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)

10 9 8  
 記入事項の訂正をしたときは、その箇所に訂正印を捺印してください。  
 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、「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。  
 海外療養費は、海外で実際に支払われた医療費ではなく、国内で同じ傷病を受診した場合の医療費  
 を基本として支給額を決定するため、大部分が自己負担となる場合があります。

①被保険者証の記号・番号		②被保険者(申請者) 氏名と印		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		〒		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(5)平(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	年 月 日(曜日)	午前・午後	時頃
		どこで			
		その時の状況	(だれが・何をして・どうした等できるだけ詳しく記入してください)		
⑩診療を受けた医療機関		⑩名 称	⑩所在地		
⑪○診療期間(支給期間)		自	年 月 日	日数	⑪入院・通院の別
		至	年 月 日		入院期間
⑫診療内容		⑬診療に要した費用		円	
⑭療養の給付を受けなかった理由		⑮代金支払年月日		平成 年 月 日	
⑯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		平成 年 月 日		⑰請求内容	
				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	
※					

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。  
 平成 年 月 日

委任者 被保険者住所氏名 (請求者) 氏名

委任された方住所氏名 (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