

支払年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額							
資格	取得	年	月	日	再診		
	喪失	年	月	日	往診		
					投薬		
療養	開始	令和	年	月	日	注射	
	終了	令和	年	月	日	検査	
					(備考)	合計	
						一部負担金	

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号			② 事業所の名称			
	③ 被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月
	⑤ 被保険者(申請者)の住所	〒 () - ()		⑧ 発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月
	電話	() - ()			<input type="checkbox"/> 令和	年	月
	⑥ 被扶養者 ※申請が被扶養者に関する場合のみ記入	氏名			被保険者との続柄		
	⑦ 傷病名			⑧ 発病又は負傷年月日	年	月	日
	⑨ 発病又は負傷の原因及びその経過			⑩ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい			
	⑪ 診療を受けた医療機関	名称			診療した医師名		
		所在地					
	⑫ 診療の期間(支給期間)	自 令和	年	月	日	日間	区分
	至 令和	年	月	日		<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 ・ <input type="checkbox"/> 調剤	
⑬ 診療の内容							
⑭ 診療に要した費用	円		⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由				

委任状	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	住所					
	(申請者)	氏名	_____				
代理人	事業所名						
	氏名	_____					

受 付 印

【添付書類】 コルセット・ギブス・義肢等の場合…医師の意見書(原本)・領収書(原本)・靴型装具の申請の場合は、当該装具の写真
被保険者証未提出受診の場合…診療報酬明細書【レセプト】(原本)・領収書(原本)
保険医療機関以外の受診の場合…診療報酬明細書【レセプト】(原本)・領収書(原本)