

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		
療養	開始	令和	年	月	日	投薬	
	終了	令和	年	月	日	注射	
					検査	合計	
					(備考)	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	〇〇〇〇(株)		
	③ 被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎		④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年 ×月 ××日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年 ×月 ××日		
	⑤ 被保険者(申請者)の住所	〒(×××-××××) 〇〇		都道府県	〇〇市〇〇〇×丁目×-××		
	電話	(×××)××× - ××××					
	⑥ 被扶養者(※申請が被扶養者に関する場合のみ記入)	氏名	健保花子		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年 4月 3日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	
					被保険者との続柄	長女	
	⑦ 傷病名	左腕骨折		⑧ 発病又は負傷年月日	××年 2月 8日		
	⑨ 発病又は負傷の原因及びその経過	公園のすべり台から落ちた				⑩ 第三者の行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい	
	⑪ 診療を受けた医療機関	名称	〇〇病院		診療した医師名	〇〇〇〇	
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇×××番地××				
⑫ 診療の期間(支給期間)	自	令和 ××年 2月 8日	5日間	区分	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 ・ <input type="checkbox"/> 調剤		
⑬ 診療の内容	レントゲン、冷湿布、装具で固定						
⑭ 診療に要した費用	12,932円		⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由	装具			

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。				受付印	
	令和 ××年 ×月 ××日				<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">請求者が記入</div>	
	被保険者住所	〇〇県〇〇市〇〇〇×丁目×-××				
被保険者(申請者)氏名	健保太郎					
事業所代理人	事業所名	〇〇〇〇株式会社				
	氏名	〇〇〇〇				

【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)