

支給決定及支払伺			療養費	円	支払年月日
常務理事	事務長	担当者	第2家族療養費	円	年 月 日
			支給額	円	

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払等、治療用装具)  
被扶養者

被保険者等 記号・番号	記号	被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	番号		年 月 日		
被保険者 (申請者) の住所	(〒 - )				TEL ( ) ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
事業所の 名称					TEL ( )
受診者が家族 (被扶養者) の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
傷病名	診察を受けた 医療機関等		名称	療養を担当した 医師氏名	
			所在地		
仕事中、通勤途中 または第三者行為 によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	⇒ はいの場合は健康保険組合まで連絡をお願いします		
発病または 負傷の原因 及びその経過	(いつ) 平成 年 月 日 令和	(どこで)	(何をしています)		
立替払い の場合	診療の期間 (支給期間)	自	年 月 日	日数	入院の場合、その入院期間
		至	年 月 日	日	
治療用装具 の場合	装着日	令和	年 月 日	入院・外来	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日
					日間
診療の内容				診療に要した 費用の額	円
療養の給付を 受けることが できなかった理由	1. 保険証を持っていなかったため (理由: ) 2. 誤って前の保険証を使用したため 3. 治療用装具を作成したため				

振込希望 口座	銀行・信組	支店	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
	金庫・農協	出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	[金融機関コード	[店番号			※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※□にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑩の記入は不要です) <input type="checkbox"/> その他受取代理人 住所	受取代理人 情報	代理人住所	(〒 - ) TEL ( ) ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	被保険者 (申請者) 氏名		フリガナ	