

|         |    |      |       |   |    |   |
|---------|----|------|-------|---|----|---|
| 支給支払決議書 |    | 常務理事 | 事務長   |   | 担当 |   |
|         |    |      |       |   |    |   |
| 支給額     |    | 円    | 資格取得  | 年 | 月  | 日 |
| 支給内訳    | 法定 | 円    | 資格喪失  | 年 | 月  | 日 |
|         | 付加 | 円    | 支払年月日 | 年 | 月  | 日 |

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

提出日 年 月 日

|   |  |                                   |        |                  |           |       |                    |
|---|--|-----------------------------------|--------|------------------|-----------|-------|--------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>欄 | 被保険者証  | 記号                                |        | 被保険者の氏名<br>(申請者) |           | ⑤     |                    |
|   |  | 番号                                |        | 生年月日             | 昭・平・令     | 年 月 日 |                    |
|   | 被保険者の住所<br>(申請者)   | 〒                                 |        |                  |           |       | 〒                  |
|   | 事業所の名称   |                                   |        |                  |           |       |                    |
|   | 申請が被扶養者<br>に関するもので<br>あるとき   | 氏名                                |        | 生年月日             |           | 続柄    |                    |
|   |  |                                   |        | 昭・平・令            |           | 年 月 日 |                    |
|   | 傷病名  |                                   |        | 発病又は負傷<br>の年月日   | 令和        | 年 月 日 | 入院・<br>外来          |
|   | 発病又は負傷の<br>原因  |                                   |        |                  |           |       |                    |
|   | 診療を受けた病院等<br>の名称及び<br>所在地  | 名称                                |        |                  | 医師の<br>氏名 |       |                    |
|   |  | 住所                                |        |                  |           |       |                    |
|   | 診療の期間又は<br>装具を装着した<br>日  | 令和                                | 年      | 月                | 日から       | 日間    | 診療に要<br>した費用<br>の額 |
|   |  | 令和                                | 年      | 月                | 日まで       |       |                    |
|   | ※ 装具装着の場合は装着日をご記入下さい   |                                   |        |                  |           |       |                    |
|   | 診療の内容  |                                   |        |                  |           |       |                    |
|   | 療養の給付を受け<br>ることができ<br>なかった理由   |                                   |        |                  |           |       |                    |
| 第三者の行為によ<br>って負傷した<br>ものであるか否<br>か        | ある   | 第三者の行<br>為によ<br>って<br>負傷した<br>ときは | 第三者の氏名 |                  |           |       |                    |
|   | ない   |                                   | 第三者の住所 |                  |           |       |                    |
| 振込先金融機関                                   | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )<br><small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small><br><b>●上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。</b><br><small>→お届け頂いていない場合は別途”健康保険給付金振込先届”にて申請ください。</small> |                                   |        |                  |           |       |                    |