

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 保 険 者 が 記 入 す 欄	被 保 険 者 証	記号		被保険者の氏名 (申請者)				㊞			
		番号		生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日			
	被保険者の住所 (申請者)	〒 Tel									
	事業所の名称										
	申請が被扶養者 に関するもので 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 の年月日		令和	年	月	日	入院・ 外来
	発病又は負傷の 原因										
	診療を受けた病院等の名称及び 所在地	名称				医師の 氏名					
		住所									
	診療の期間又は 装具を装着した 日	令和	年	月	日から	日間	診療に要 した費用 の額	円			
		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 ることができ なかった理由										
第三者の行為によ って負傷した ものであるか否 か	ある ・ ない	第三者の行 為によっ て負傷した ときは	第三者の氏名								
			第三者の住所								
振込先金融機関		☐ 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 ☒) 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。 ●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。 →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。									
☐ 本申請書の提出を事業所へ委任します。(委任する場合は ☒) ※任意継続被保険者についてはチェック不要											