

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 8年 4月 1日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号 00	被保険者の氏名 (申請者)	健保 太郎 印		
		番号 00000	生年月日	昭・平・令 60年 5月 1日		
	被保険者の住所 (申請者)	〒351-8503 埼玉県朝霞市幸町×一×一××			Tel.048-4××-××××	
	事業所の名称	株式会社××新電元				
	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
		健保 花子		昭・平・令 2年 4月 1日		妻
	傷 病 名	骨 折		発病又は負傷 の年月日	令和 1年 7月 1日	
	発病又は負傷の 原因	旅行中に転倒、右下肢を骨折				
	診療を受けた病院等 の名称及び 所在地	名 称	新電元総合病院		医師の 氏名	○× △△
		住 所	埼玉県飯能市○○ △△-××			
	診療の期間又は 装具を装着した 日	令和 1年 7月 1日から		20日間	診療に要 した費用 の額	000,000 円
		令和 1年 7月 20日まで				
	診療の内容	骨折部をギブスにより固定				
療養の給付を受け ることができ なかった理由	旅行先からの帰宅途中の為保険証を持参しておらず、急患として受診					
第三者の行為によ って負傷した ものであるか否 か	ある	第三者の行 為によ って 負傷した 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 checked="" 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"/> ) 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。					
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業所へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) ※任意継続被保険者についてはチェック扶養						