

|       |     |     |      |    |    |              |
|-------|-----|-----|------|----|----|--------------|
| 何年月日  | 令和  | 科目  | 立替払い | 装具 | 鍼灸 | あん摩マッサージ     |
| 支払年月日 | 令和  | 支給額 |      |    |    | 拾万 万 千 百 拾 円 |
| 常務理事  | 事務長 | 会計  | 扱者   | 法定 |    | 拾万 万 千 百 拾 円 |
|       |     |     |      | 付加 |    |              |

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族 療養付加金

|               |                |                      |          |    |  |                                                                                           |         |
|---------------|----------------|----------------------|----------|----|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 被保険者<br>申請者情報 | 被保険者の<br>(右づめ) | 記号                   |          | 番号 |  | 生年月日                                                                                      |         |
|               | 氏名             | (フリガナ)               |          |    |  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |         |
|               | 住所             | (〒 - )<br>都 道<br>府 県 |          |    |  | 電話番号 (日中の連絡先)                                                                             | TEL ( ) |
|               | 在職者のみ          | 会社名                  | 課・グループ   |    |  |                                                                                           |         |
|               |                | 部室店名                 | 内線番号等連絡先 |    |  |                                                                                           |         |

|                   |                                                                            |                                                                                                      |         |                                |                                                                                           |                  |          |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|
| 申請内容              | 1 受診者                                                                      | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者<br>2. 家族 (被扶養者)                                                     | 氏名      | 生年月日                           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日            | 続柄       |
|                   | 2 傷病名                                                                      |                                                                                                      |         |                                |                                                                                           | 3 発病または<br>負傷年月日 | 令和 年 月 日 |
|                   | 4 発病の原因<br>および経過<br>(詳しく)                                                  | <input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過)<br>2. ケガ ⇒ 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を併せてご提出ください。 |         |                                |                                                                                           |                  |          |
|                   | 5 診療を受けた<br>医療機関等                                                          | 名称                                                                                                   | 所在地     | 診療した医師等の氏名                     |                                                                                           |                  |          |
|                   | 6 診療を受けた<br>期間<br>*装具の場合は指<br>示日、装着日                                       | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで                                                                           | 日数<br>日 | 6 - ①<br>左記期間に<br>入院していた<br>期間 | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで                                                                | 日数<br>日          |          |
|                   | 7 療養に要した<br>費用の額                                                           | 円                                                                                                    |         | 8 診療の内容                        |                                                                                           |                  |          |
| 9 療養費の支給<br>申請の理由 | <input type="checkbox"/> 1. 保険証不所持であったため<br>2. 治療用装具作成のため<br>9. その他 (理由) → |                                                                                                      |         |                                |                                                                                           |                  |          |

|         |                    |                                                       |      |      |                                                     |
|---------|--------------------|-------------------------------------------------------|------|------|-----------------------------------------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関<br>名称         |                                                       |      | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段<br>2. 当座 4. 通知 |
|         | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 | 本店 支店 出張所 本所 支所                                       | 口座番号 |      |                                                     |
|         | 口座名義               | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) |      |      | 口座名義<br>の区分                                         |

|         |                |                                |         |                       |
|---------|----------------|--------------------------------|---------|-----------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(申請者)  | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 |         | 令和 年 月 日              |
|         | 氏名             | 住所                             |         | 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ |
|         | 代理人<br>(口座名義人) | (〒 - )<br>住所                   | TEL ( ) | 委任者と<br>代理人との<br>関係   |
|         | 氏名             | (フリガナ)                         |         |                       |

「2」の場合は  
必ずご記入くだ  
さい。