

※ 支給 決定 決議 書	同 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	係長	係員	得	
	支 給 額	法定	円					喪
		還元金 付加金	円					被扶養者 照合印
		合計	円					
支給期間	年 月 日 年 月 日	日間	備考					

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	①健康保険証 の記号・番 号	(記号)	(番号)	②被保険者の 氏名と印	㊟	
	③被保険者の 現住所	〒				
	④事業所の名 称					
	⑤傷病名			⑥発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	
	⑦発病又は負 傷の原因					
	⑧傷病の経過					
	⑨診療又は手当を受けた医 師、歯科医師、その他の者 の住所氏名					
	⑩診療又は手 当の内容			⑪入院・外来 の区別	入院 ・ 外来	
	⑫診療又は手 当の期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	⑬診療又は手当 に要した費用	金 円
	⑭療養の給付を受けること ができなかった事由					
	⑮傷病が第三者の行為によるものである ときは、その事実、第三者の住所、氏名 (住所氏名不詳であるときはその旨)					
	⑯被扶養者が受けるためのものであるときは、その者の					
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との 続柄
⑰備考						

支 払 金 融 機 関 の 欄	銀行名	銀行				本・支店			
	預金種別	1. 普通 2. 当座		口座番号					
	フリガナ	-----							
	口座名義人								

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。							
	令和 年 月 日							
	被保険者（請求者）氏名 ㊟							
代理人の氏名	㊟			代理人の住所				

令和 年 月 日提出

この申請書は、被保険者又は被扶養者が、保険医療機関等について診療を受けることが困難な場合又はやむを得ない事由で保険医療機関等以外の医師又はその他の者の診療又は手当を受けた場合に、その診療又は手当に要した費用の支給を受けるため申請するものです。

<記入上の注意事項>

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の別に該当する文字を○で囲み、「被保険者」の文字を○印で囲んだときは、⑩欄に斜線を引いてください。
2. ②欄の印は、被保険者が自署した場合に限り省略できます。
3. この療養費を被保険者以外の口座に振込を指定する場合は、「委任状」に記入・押印してください。
4. ※印の欄は記入しないでください。

<添付書類>

1. 療養に要した費用について、医師から記入、押印を受けた別紙様式の領収書（ただし、一般療養の場合）。なお、領収書の記載内容を訂正したときは訂正印を押印してください。
2. 血液代に関する支給申請のときは、輸血を必要と認めた医師の証明書及び血液代金の領収書
3. コルセット、ギブス、義肢等に関する支給申請のときは、装着が傷病の治療のために必要と認めた医師の証明書及び領収書。
4. 靴型装具に関する支給申請のときは、当該装具の写真。