

※支給支払決議書				発議		年 月 日		決議		年 月 日	
支給決定金額		円	資格	取得	年 月 日		常務理事	事務長	会計係	給付係	庶務係
				喪失	年 月 日						

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号番号	-----		②被保険者（請求 者）の氏名及び印	㊞		③生年 月日	昭和 平成	年 月 日		
	④被保険者の 住 所	〒 - （電話）（ ） -									
	⑤ 事 業 所	名 称									
		所在地									
	⑥療養が被扶 養者に関す るときはそ の者の	⑦被 扶 養 者 の 氏 名				⑧生 年 月 日			⑨続柄		
						昭和 平成 令和			年 月 日		
	⑦傷 病 名							⑧発病又は負傷年月日（診療開始日）			
								平成 令和 年 月 日			
	⑨発 病 又 は 負 傷 の 原 因 及 び 経 過							⑩第三者の行為によるものですか ☐ はい ☐ いいえ ※「はい」の場合は、『第三者の行為によ る傷病届』を提出してください。			
	⑪診療を受け た病院等の		㊟名 称				㊟所 在 地				
⑫診 療 の 期 間			⑬入院・入院外の別		⑭入院の場合、左記⑫の入院期間			⑮診療に要した費用			
自 平成 令和 年 月 日 日数			入 院		自 平成 令和 年 月 日 日数			円			
至 平成 令和 年 月 日 日			入院外		至 平成 令和 年 月 日 日						
⑯診 療 の 内 容					⑰療養の給付を受けることが出来なかった理由 ☐ 保険証不携帯のため（急診療・更新等手続中など） ☐ 治療用装具を購入（装着）したが、装具業者が保険 契約なきため ☐ その他（ ）						

支 払 先 金 融 機 関	銀行 金庫 農協		店	
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ （ ）	口座番号	
	口座名義	フリガナ (※被保険者本人名義に限ります。)		

令和 年 月 日提出
受付日付印