

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

健康保険 被保険者 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	1 0 1 1 2 3 4	②被保険者（請求 者）の氏名及び印	健保 太郎	③生年 月 日	昭和 6 0 年 4 月 2 日	
	④被保険者の 住 所	〒123 -4567 (電話) (012) 345 - 6789 東京都健康市第一町 1 - 2 - 3					
	⑤ 事 業 所	名 称	昭和飛行機工業(株)				
		所在地	昭島市田中町 6 0 0 番地				
	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	健保 花子		⑧生 年 月 日	昭和 6 3 年 5 月 1 日	
					⑨続柄	妻	
		⑦傷 病 名	(病 名) ※レセプトから転記		⑧発病又は負傷年月日（診療開始日） 平成 2 3 年 5 月 1 5 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	⑪名 称	昭 和 病 院		⑪所 在 地	昭島市中田町 3 - 2 - 1
		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 23 年 5 月 15 日 日数	入 院	自 平成 年 月 日 日数	1 2 , 5 6 0 円			
	至 平成 23 年 5 月 15 日 1 日	入院外	至 平成 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				
	(例) ・診察 ・検査 ・処置 ・投薬		☒ 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		平成 年 月 日提出
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ ()	口座番号	受付日付印
	口座名義	(被保険者名義の口座) (※被保険者本人名義に限ります。)		

～健保へ提出するもの～
・療養費支給申請書(当用紙)
・診療報酬明細書(レセプト)
・治療費の領収書
(※いずれも原本)