

※支給支払決議書		年 月 日		決議		年 月 日	
支給決定金額		取得	年 月 日	常務理事	事務長	会計係	給付係
記 入		円	年 月 日	見 本			

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㈱			
		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	⑧生 年 月 日	⑨続柄		
		健保 花子	昭和 6 3 年 5 月 1 日	妻		
	⑦傷 病 名	⑧発病又は負傷年月日（診療開始日）				
	(病 名)	平成 2 3 年 5 月 1 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	⑫名 称	⑬所 在 地			
	昭 和 病 院	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	3 0 , 0 0 0 (補装具等代金) 円			
至 平成 年 月 日 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					
(補装具等の名称)	☐ 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)
・医師の診断書(原本)
・補装具等の領収書(原本)