

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給期間	自至	年	月
		年	月
		日	間

支給支払決議書			
常務理事	事務長		扱者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者 療養費支給申請書 (第 回日)  
被扶養者

(注意事項)  
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 被記号・番号	第 号	被保険者が 勤務する (し)てい た事業所の 所在地	名称 所在地	電話	局番
傷病名			発病又は負傷の年	年	月 日
発病又は負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当てを受けた 名称・所在地及び 医師の氏名	名称 氏名	所在地及び 電話番号	入院期間 自至 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日		
診療又は手当てを受けた 期間	自至 年 月 日	日間	診療又は手当てに 要した費用の額	金	円也
診療又は手当てが被 保険者の選定に係る 他の厚生労働大臣が 定める療養を含むと きはその旨					
療養の給付又は特 定療養費もしくは支 給家族療養費を受け なかった理由					
第三者の行為によ る負傷であるとき	その事実 の届出 の有無	加害者の氏名			
		加害者の住所			
被扶養者に関 する申請のとき	氏名	生年月日	明大昭平 年 月 日	被保険者 との続柄	
上記のとおり申請します。なお、この書面に記載する個人情報を健保組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者提供することに同意いたします。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 健康保険組合理事長 殿 (印)					

(注) この申請書には診断内容明細書を添付してください。

委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 円也の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名	(印)
		(印)

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 住所 氏名 受領者	(印)
-----	----------------------------------------------------	-----