

同 年 月 日		年 月 日		資 格 得 喪		年 月 日		常 務 理 事	事 務 長		担 当 者	
支 給 額	拾 万	万	千	百	拾	円	前 始					年 月 日
							回 終					年 月 日
支 払 給 決 議 書	年度		厚生 保険 特別 会計		健康 勘 定 項		保 險 給 付 費 目		保 險 給 付 費			
	種 目	請 求		査 定		種 目	請 求		査 定			
	初 診					検 査						
	再 診					処 置 及 手 術						
	往 診					合 計						
投 薬					一 部 負 担 金							
注 射												

**健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (その1)** (第 回 目)

記入上の注意  
ア、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、その(5)(8)に読み替えて記入して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の	(記号)	(2) 事業所の 名称と所在地 所属・電話	Tel		
	(3) 傷病名	(番号)	(4) 発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合) 時 頃		
	(5) 発病又は負傷の原因					
	(6) 傷病の経過					
	(7) 診察を受けた病医院の	名称	所在地			
	(8) 診療に従事した医師の	氏名	住所			
	(9) 診療の内容					
	(10) 診療の期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	(11) 診療に要した費用の額	金 円也
	(12) 療養の給付を受けることができなかった理由					
	(13) 第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある ・ ない	(14) 第三者の行為によって負傷したときは	その事実と届出の有無	ある・ない	
	(15) 申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄	
	上記のとおり申請いたします。					
	住所 年 月 日 (社員番号 ) 被保険者の 氏名					
	(印)					

領収書の返却 希望する ・ 希望しない \*どちらかに○印をしてください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

\*在籍者の振込先は給与の第1口座になりますので記入は不要です。ただし、給与口座が郵便局の場合は下記に郵便局以外の金融機関をご記入ください。

給付金の振込希望銀行	銀行 店	
	預金の種別	普通・当座 号
	フリガナ	
	預金の名義人	

受 付 日 付 印