

※ 本申請書は療養費の支給対象の方が死亡された場合に支給をうけるための用紙です。
 ※ 申請者とは被保険者であった者の財産の相続人をさし、相続人であることが確認できる戸籍謄本
 (全部事項証明)・診療報酬明細書・領収書の原本を添付してください。

〈健保記入欄〉

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

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (その3) (第 回数)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	(1) 記号・番号	(記号) (番号)	(2) 事業所の 名称と所在地 所属・電話		TEL	
	(3) 傷病名				(4) 発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合) 時 分 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) 被保険者であった者の	氏 名		生年月日	年 月 日	申請者との続柄
	(16) 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。					
	年 月 日 住 所 電 話 申請者の 氏 名 生年月日 E S ・ H ・ R 年 月 日					

・記号・番号を記入した場合は不要です。
 ・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

振込 希望 口座	銀行		支店
	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