

同 年 月 日		年 月 日		資 格 得 年 月 日		常 務 理 事	事 務 長		担 当 者	
支 給 額	拾 万	万	千	百	拾					前 始 年 月 日
	円	資 格 終 年 月 日								
支 払 決 議 書	年度		厚生保険特別会計	健康勘定	項 目	保険給付費	目	保険給付費		
	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									
投 薬			合 計							
注 射			一 部 負 担 金							

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (その1)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 記号・番号		記号	(2) 被 保 険 者 ( 申 請 者 ) の 氏 名 ・ 生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		
	(3) 被 保 険 者 ( 申 請 者 ) の 住 所		(〒 - )		Tel ( )		※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	(4) 事 業 所 の 名 称 住 所				Tel ( )			
	(5) 受 診 者 が 家 族 ( 被 扶 養 者 ) の 場 合		氏名	生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄		
	(6) 傷 病 名		(7) 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等		名称	療 養 を 担 当 し た 医 師 氏 名		
					所在地			
	(8) 仕 事 中 ・ 通 勤 途 中 また は 第 三 者 行 為 に よ る も の で す か		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒裏面4をご確認ください				
	(9) 発 病 また は 負 傷 の 原 因 及 び そ の 経 過		いつ) 平成 年 月 日	(どこで)	(何をして)			
	(10) 立 替 払 い の 場 合		診療の期間 (支給期間)	自 年 月 日	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間	
				至 年 月 日	日	入院・外来	自) 平成・令和 年 月 日	日間
							至) 平成・令和 年 月 日	
	(11) 治 療 用 装 具 の 場 合		装着日	平成 令和 年 月 日	入院・外来	自) 平成・令和 年 月 日	日間	
						至) 平成・令和 年 月 日		
	(12) 診 療 の 内 容				(13) 診 療 に 要 し た 費 用 の 額		円	
(14) 診 療 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由		1. 保険証を持っていかなかったため (理由: ) 2. 誤って前の保険証を使用したため 3. 治療用装具を作成したため						

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

・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

\*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。  
 被保険者が死亡した場合は請求者の金融機関をご記入ください。

受 付 日 付 印

(15) 振込希望口座	銀行		支店
	預金の種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義