

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者家族 療養費 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	事業所名・所属名
	氏名	(フリガナ)		
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 -)	住所・電話番号半角入力	都(道) 府(県)

本申請の給付金の受領を事業主へ委任します。(同意する場合はをお願いします。)

申請内容	1・療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 扶養者認定申請中のため被保険者証が届いていなかったため 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 治療用装具を作成したため その他 () 勤務中・通勤途中の場合は <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/>		
	2・受診者	<input type="checkbox"/>	1・被保険者	2・被扶養者 続柄()
	2-①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 才
	3・傷病名		4・発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	5・発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/>	(原因および経過)	
	6・診療を受けた医療機関	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	7・診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	() 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 日数 日
	上記の期間に入院していた 場合は、その期間	(令和) 年 月 日	から	() 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 日数 日
	8・療養に要した費用の額	円		
9・診療・手当の内容				

添付書類

- * 立替払い申請 診療報酬明細書(診療明細書ではありません)、領収書の原本
- * 治療用装具(9歳未満弱視等矯正用眼鏡含む)申請..... 治療用装具製作指示装着証明書、領収書の原本、装具の写真(上・横方向)

受付印