

受付年月日	. .
決裁年月日	. .
資格取得年月日	. .
資格喪失年月日	. .

支給決議書	
支給額	円

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書



被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	—		被保険者氏名		
	被保険者の生年月日	年	月	日		
	事業所の名称 および所在地					
	傷病名			発病または 負傷の年月日	年	月 日
	発病または 負傷の原因					
	傷病の経過					
	診療または 手当の期間	自	年	月	日	診療または手当に 要した費用
		至	年	月	日	
	診療または 手当の内容					
	診療または手当を受けた 医師歯科医師その他の 者の住所、名称、氏名	所在地	担当医氏名			
	療養の給付を受けること ができなかった事由					
	ケガ(骨折、靭帯損傷、熱傷等)の 治療を受けられた方 *別紙届出書類が必要です	ケガの原因は第三者行為によるものですか (はい ・ いいえ) ・第三者行為以外の原因 → 「負傷原因調査票」を添付してください ・交通事故(単独事故を含む)等、第三者による行為が原因 → 健康保険組合へご連絡ください				
	被扶養者が受けるためのものであるときは、その被扶養者の					
	氏名	生年月日	年	月	日	被保険者との続柄
被保険者 振込先	銀行	支店(普通)	口座番号	口座名義 (カナ)		
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所(〒) 被保険者 氏名 麻生健康保険組合理事長 殿						

被保険者以外の口座への振込を希望する場合

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日請求した療養費の受領に関すること。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 〒 _____ 被保険者 氏名 _____ 住所 〒 _____ 代理人 氏名 _____ (続柄 _____)		
	振込先	銀行	支店(普通) <small>口座番号</small> 口座名義 (カナ)