

受付年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
資格取得年月日	年	月	日
資格喪失年月日	年	月	日

支給決議書	
支給額	円

【 記入例 】

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	11 - 100	被保険者氏名	健保 一郎	
	被保険者の生年月日	(S)・H 40年5月5日			
	事業所の名称 および所在地	福岡県飯塚市芳雄町〇-〇〇 株式会社 △△△△			
	傷病名	急性上気道炎	発病または 負傷の年月日	H26年	9月 30日
	発病または 負傷の原因				
	傷病の経過	のどの痛み、発熱のため受診。検査・投薬を受け、その後軽快した。			
	診療または 手当の期間	自 H26年9月30日 至 年 月 日	1日間	診療または手当に 要した費用	8,100 円
	診療または 手当の内容	血液検査、投薬			
	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 福岡県飯塚市芳雄町〇〇〇 名称 △△クリニック	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	健康保険証を医療機関へ持参しなかった為			
	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 (S・H) 年 月 日 被保険者との続柄				
	被保険者 振込先	〇〇 銀行	△△ 支店 (普通)	口座番号 ×××××××× 口座名義 (カナ)	ケンポ イチロウ
上記のとおり申請します。 H26年 10月 10日 住所 〒×××-×××× 被保険者 飯塚市〇〇 12-34 氏名 健保 一郎					

麻生健康保険組合理事長 殿

