

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	左手関節腱鞘炎	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	日常業務での負荷によるもの			
	傷病の経過	投薬治療を受けていたが改善せず、装具の着用を指示された。			
	診療または 手当の期間	自 H26年 9月 30日 至 年 月 日 継続中 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	投薬治療および装具の使用			
	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				
	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 健保 花子 生年月日 (S)・H) 45年 3月 24日 被保険者との続柄 妻				
	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。
(記入日) 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