支払年月日	年　月　日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円				

種目	請求	査定	種目	請求	査定
初診	円	円	処置及び手術	円	円
再診					
往診					
投薬					
注射			合計		
検査			一部負担金		

（備考）

資格	取得	年　月　日
	喪失	年　月　日
療養	開始	令和　年　月　日
	終了	令和　年　月　日

健康保険 被保険者･家族 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ

①	被保険者等記号・番号	・	② 事業所の名称	
③	被保険者の（申請者）氏名	(フリガナ)	④ 被保険者の生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日
⑤	被保険者(申請者)の住所	〒（　－　）	都道府県	
	電話	（　）　－		
⑥	被扶養者 ※申請が被扶養者に関する場合のみ記入	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
			被保険者との続柄	
⑦	傷病名		⑧ 発病又は負傷年月日	年　月　日
⑨	発病又は負傷の原因及びその経過		⑩第三者の行為によるものですか	□ いいえ ・ □ はい
⑪	診療を受けた医療機関	名称	診療した医師名	
		所在地		
⑫	診療の期間（支給期間）	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間	区分	□ 入院 ・ □ 外来 □ 歯科 ・ □ 調剤
⑬	診療の内容			
⑭	診療に要した費用	円	⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由	

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和　年　月　日

被保険者（申請者）　住所

氏名

代理人　事業所名

氏名

受付印

【添付書類】コルセット・ギブス・義肢等の場合…医師の意見書(原本)・領収書(原本)・靴型装具の申請の場合は、当該装具の写真
被保険者証未提出受診の場合…診療報酬明細書【レセプト】(原本)・領収書(原本)
保険医療機関以外の受診の場合…診療報酬明細書【レセプト】(原本)・領収書(原本)