

| 支払年月日 |  | 年 月 日        |  |  |  |  |  | 常務理事 | 事務長 | 会計        | 担当者 |
|-------|--|--------------|--|--|--|--|--|------|-----|-----------|-----|
| 支払額   |  |              |  |  |  |  |  | 種 目  |     | 種 目       |     |
|       |  |              |  |  |  |  |  | 請 求  | 査 定 | 請 求       | 査 定 |
| 資 格   |  | 取 得 年 月 日    |  |  |  |  |  | 再 診  |     |           |     |
| 資 格   |  | 喪 失 年 月 日    |  |  |  |  |  | 往 診  |     |           |     |
| 療 養   |  | 開 始 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  | 投 薬  |     |           |     |
|       |  | 終 了 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  | 注 射  |     | 合 計       |     |
|       |  |              |  |  |  |  |  | 検 査  |     | 一 部 負 担 金 |     |
|       |  |              |  |  |  |  |  | (備考) |     |           |     |

### 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

|  |                                  |                        |                                |                 |   |  |
|--|----------------------------------|------------------------|--------------------------------|-----------------|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 被保険者等<br>記号・番号                 | ××××・×××               |                                | ② 事業所の<br>名称    | 〇〇〇〇(株)   |  |
|  | ③ 被保険者の<br>(申請者)<br>氏名           | (フリガナ) ケンポ タロウ<br>健保太郎 |                                | ④ 被保険者の<br>生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 ××年 ×月 ××日<br><input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年 ×月 ××日                                       |  |
|  | ⑤ 被保険者(申請者)の<br>住所               | 〒(×××-××××) 〇〇         |                                | 都道府県            | 〇〇市〇〇〇×丁目×-××   |  |
|  | 電 話                              | (×××)××× - ××××        |                                |                 |   |  |
|  | ⑥ 被扶養者<br>※申請が被扶養者に<br>関する場合のみ記入 | 氏名                     | 健保花子                           |                 | 生年月日  | <input type="checkbox"/> 昭和 ××年 4月 3日<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input checked="" type="checkbox"/> 令和 |
|  |                                  |                        |                                |                 | 被保険者との続柄  | 長女   |
|  | ⑦ 傷病名                            | 左腕骨折                   |                                | ⑧ 発病又は<br>負傷年月日 | ××年 2月 8日   |  |
|  | ⑨ 発病又は負傷の原因<br>及びその経過            | 公園のすべり台から落ちた           |                                |                 |   | ⑩ 第三者の行為によるものですか<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい                      |
|  | ⑪ 診療を受けた<br>医療機関                 | 名称                     | 〇〇病院                           |                 | 診療した<br>医師名   | 〇〇〇〇   |
|  |                                  | 所在地                    | 〇〇県〇〇市〇〇×××番地××                |                 |   |  |
| ⑫ 診療の期間<br>(支給期間)  | 自 令和 ××年 2月 8日                   | 5 日間                   | 至 令和 ××年 2月 28日                | 区 分             | <input type="checkbox"/> 入院 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来<br><input type="checkbox"/> 歯科 ・ <input type="checkbox"/> 調剤 |  |
| ⑬ 診療の内容  | レントゲン、冷湿布、装具で固定                  |                        |                                |                 |   |  |
| ⑭ 診療に要した費用   | 12,932 円                         |                        | ⑮ 療養の給付を<br>受けることが<br>できなかった理由 | 装具              |   |  |

|               |                             |                  |  |  |        |
|---------------|-----------------------------|------------------|--|--|--------|
| 委<br>任<br>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。 |                  |  |  | 受 付 印  |
|               | 令和 ××年 ×月 ××日               |                  |  |  | 請求者が記入 |
|               | 被保険者<br>(申請者) 住所            | 〇〇県〇〇市〇〇〇×丁目×-×× |  |  |        |
| 事業所代<br>理人 氏名 | 健保太郎                        |                  |  |  |        |
|               | 事業所名                        | 〇〇〇〇株式会社         |  |  |        |
|               | 氏名                          | 〇 〇 〇 〇          |  |  |        |

【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)