

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|-----|-----|------|---|------|----|----|----------|---|-----|--|--|--|--|---|--------|--------------------------------|---------|
| 保 険 者 記 入 欄 | 健康保険組合 | | | 受付月日 | | 整理番号 | | | 事業主側経由所属 | | | | | | | | | | |
| | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | | | 月別 | 番号 | | 長 | 長 | 担当者 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 期 | 自 | 令 | 年 | 月 | 日 | 日間 | 支 | 法定 | | | | | | | | 計 | 算 式 | | |
| 間 | 至 | 令 | 年 | 月 | 日 | | 給 | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 器具装着 | | | | | | 金 | 附 | | | | | | | | 円 | | | |
| | 令 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | 区 | 本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に○印) | 入力受付No. |

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------|-------------|---|---------|--------------------------|------------------------------|-----|----------------|-----------------------------|--------------------|
| 被 保 険 者 番 号 | | 被 保 険 者 氏 名 | | 生 年 月 日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日生 | 満 | 歳 |
| 被 保 険 者 住 所 | | | | | 被 保 険 者 属 所 | | | | | |
| 被扶養者に係る 申請である場合、 該当者の氏名 | | | | | 生 年 月 日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 続 柄 |
| 傷 病 名 | | | | | 傷病又は 負傷の年月日 | 年 月 日 時 頃 | | | | |
| 傷病の原因 | | | | | 労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等) | 無 ・ 有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。 | | | | |
| 傷病の経過 | | | | | | | | | | |
| 健康保険資格が 適用されなかった 理由 (詳しく記入) | | | | | | | | | | |
| 診 療 を 受 け た 病 院 等 の | 所 在 地 | | | | | 名 称 | | | | |
| | | | | | | 医 師 名 | | | | |
| 診 療 の 内 容 | | | | | | | | | | |
| 診 療 の 期 間 | 自 | 令 | 和 | 年 | 月 | 日 | 日 間 | 診 療 に 要 した 金 額 | ¥ | 別 紙 証 ひ ょう の と お り |
| | 至 | 令 | 和 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 上記の傷病は、本人以外の第三者の行為が原因で発生したケガや病気ですか | | | | | | | | | ※どちらかに○をつけてください はい ・ いいえ | |

【注意事項】

- 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること
- コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること
- はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙（療養費支給申請書）と同意書および領収書を添付すること

【備考】