

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 間	自	令	年	月	日	日間	支 給 金 額	法定							計 算 式			
	至	令	年	月	日			附加							円			
															円			
																区分	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) 療養費支給申請書
(被扶養者)

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 名 氏 生 年 月 日		昭 和 ・ 平 成	年	月	日	生 満 歳
被 保 険 者 所 住		被 保 険 者 所 属						
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 満 歳
傷 病 名		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		令 和	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 被 保 険 者 証 を 使 用 で き な か っ た 理 由 (詳 しく 記 入)								
診 療 を う け た 病 院 等	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 よ う の と お り
	至	令 和	年	月	日		¥	
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	その届出の有無		第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)					
	あ る ・ な い							

(注) 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。

(注) 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。

(注) 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。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】

--