

被 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	自平・令	年	月	日	日間	支給金額	法定			円	計算式	
	至平・令	年	月	日			附加					
	装具装着											
	平・令	年	月	日								
										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 氏 名 生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 満 歳	
被 保 険 者 所 住			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 年 月 日 令和 満 歳	続柄
傷 病 名			傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成・令和 年 月 日 時 分
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	自平成・令和 年 月 日 至平成・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
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	その届出の有無 ある ・ ない	第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不明のときはその旨)		

(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】