

支給額	※	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
			※				
			令和 年 月 日				

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書

本・家印

※ 処 理 区 分 立替払等26 ・ 治療用器具 24 ・ あんま22 ・ マッサージ21 ・ 針灸23

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 番号	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日		S・H 年 月 日		印
	事業所名 及び所在地	(内線)					
	被扶養者のとき はその方の	氏 名	生 年 月 日		S・H・R 年 月 日		続 柄
	傷 病 名	発病又は負傷の 年月日		H・R 年 月 日		(時頃)	
	発病又は負傷の 原因及びその経過						
	診療を受けた病院等 の名称及び 住所	名 称 住 所	医師の氏名		TEL - -		
	診療の期間 (支給期間)	自	H・R 年 月 日	から	H・R 年 月 日		□入院 □外来
	入院の場合 入院期間	自	H・R 年 月 日	から	H・R 年 月 日		□入院 □外来
	診療又は 手当の内容	自	H・R 年 月 日	から	H・R 年 月 日		治療に要した 費用の額 円
	健康保険を受 けることができ なかった理由	自	H・R 年 月 日	から	H・R 年 月 日		治療に要した 費用の額 円
医療助成について	<input type="checkbox"/> 受けている () <input type="checkbox"/> 受けていない						

注)被保険者は全て給与組込しますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。また、任意継続者につきましても、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

機 関 振 込 を 希 望 す る 金 融	金 融 機 関 コ ー ド			金 融 機 関 名	
	店 番 号			支 店 名	
	預 金 種 目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口 座 番 号	
	口 座 名 義	カタカナ 漢字			

注)任意継続者以外は全て給与組込しますので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	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
	本人	住所	氏名	令和 年 月 日	
	代理人	住所	氏名	印	
		住所	氏名	印	

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。
□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合)