

同 年 月 日		平成 年 月 日					常務理事	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	係		
※支給決定決議書	支給額	法定	拾万	万	千	百	拾	円						
		高額												
種 別	一般診療 コルセット 接骨 マッサージ はり・きゅう	法定給付費	合 計				円		高額療養費	一部負担金		取得	・	・
			一部負担金							控除額		喪失	・	・
			薬剤一部負担金							差引額				
			差引支給額							端数切捨額		被扶養者 照 合 印		
			診療期間				自 至			平成 年 月 日 間				
						入院・外来								

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 被扶養者

（記入上の注意）  
 ▼この申請書（療養費）は緊急その他止むを得ず、保険証を使えなかった場合立て替え払いした医療費等を請求するための用紙です。  
 ▼一般の診療のばあいは、診療内容を記載した医師の証明と領収書を添付してください。  
 ▼コルセット代等の請求のときは、医師の同意書と代金支払いの領収書を添付してください。  
 ▼外傷の場合は別紙「負傷原因調査」を添付してください。  
 ※欄は該当項目に○印をつけてください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記 号	被 保 険 者	フリガナ		印	
	番 号	氏 名				
	傷 病 名		発病または 負傷年月日	平成	年	月
	負傷の原因	どこで	どのように			
	傷病の内容 及び経過					
	診療期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	( 日間 )	診療に 要した 費用	円
	病・医院などの 名称・所在地 医師の氏名・住所			入院の 入院外	※ 入院 ・ 入院外	
	療養の給付を受け ることができな かった理由	※装具のため ・ 非保険医のため ・ 緊急のため ・ 証が未交付のため				証交付の年月日 平成 年 月 日
	第三者行為による ときはその事実、 第三者の住所・氏名					
申請が被扶養者に 関するときは	氏 名	生 年 日	大 昭 平	続 柄		

（健康保険法施行規則第五十三条）

平成 年 月 日

私は下記の者を代理人と定め療養費の受領方を委任します。

委 任 状

本人 住 所  
氏 名

代理人 事業所  
(事業主) 所在地  
氏 名

受付日附印

事業所  
担当者印

※資格喪失した方のみ、ご記入ください。

金 融 機 関 名	銀行	支店	口座番号	普・当
	信金		フリガナ	
	信組		氏 名	