

令和 年 月 日 起案

令和 年 月 日 決裁

令和 年 月 日 執行

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

## 健康保険療養費支給申請書 (被保険者・被扶養者)

(款) 保険給付費		(項) 法定給付費			(目)	
標準報酬月額	支給期間			日数	回数	支給(決定)額
千円	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日	日	回	¥
資格	取得日	S・H・R	年 月 日	備考		
	喪失日	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		被保険者氏名(フリガナ)		被保険者の生年月日	
50	100	レンゴウ タロウ 連合 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 55 年 3 月 31 日 <input type="checkbox"/> 平成	
被保険者の住所	〒 530 - 0000	事業所	所在地	〒 530 - 0000	
	大阪市北区〇〇町 〇-△-□			大阪市北区〇町 〇-△-□	
	( 06 ) 1234 - 5678			名称	丸紅〇×〇× 株式会社
※ 被扶養者に関する申請の場合	⇒	被扶養者氏名(フリガナ)		続柄	被扶養者の生年月日
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
傷病名				発病または負傷年月日	
急性胃腸炎				令和 3 年 4 月 1 日	
発病の原因および経過				第三者行為によるものですか	
出張中、激しい腹痛に襲われ最寄りの医療機関を受診。 ※ 傷病がケガの場合は、「負傷届」を提出してください。				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※ 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。	
診療を受けた病院等	所在地	〒 100 - 0000 東京都千代田区〇〇町〇-〇-〇			診療した医師氏名 〇〇 次郎
	名称	東京〇〇総合病院			
診療の期間(支給期間)	自	3 年 4 月 1 日	日数	診療に要した費用の額	18,500 円
	至	3 年 4 月 2 日	2 日		
診療の内容			療養の給付を受けることができなかった理由		
点滴及び投薬			被保険者証を携帯していなかったため。		

委任状	上記保険給付金の受領を事業所担当者 <u>健保 〇子</u> に委任する。 令和 3 年 4 月 10 日 被保険者 <u>連合 太郎</u>
-----	---