

※支給決議書	支給年月日	令和 年 月 日			常務理事	事務局長	リーダー	担当	公費
	支給額								
	支給内訳	法定				資格取得	昭・平・令 年 月 日		履歴
		付加				資格喪失	平・令 年 月 日		
	備考				支給期間				

被保険者 療養費支給申請書 <全額自己負担用>
 家族

注意事項

※この申請書は、病院(入院・入院外別)ごと・薬局ごとにそれぞれ1枚必要で、かつ、月ごとに分けて申請して下さい。

(イ) 裏面に医療機関等より必要な証明を受けて下さい。
 (ア) ※欄は、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、そのように読み替えて記入して下さい。
 診療報酬明細書又は調剤報酬明細書及び、領収書の原本を添付して下さい。診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の交付がされない場合は、

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号 11 番号 12345	被保険者(社員)の氏名	健保 一郎 生年月日 昭・平・令 35年12月12日		
	被保険者の現住所	〒123-1234 東京都大田区羽田1-2-3		TEL 03 (1234) 1111		
	事業所名(所属)	(株)日航〇〇 (総務課)		TEL 03 (5678) 2222		
	傷病名	高ビリルビン血症		発病または負傷年月日	平成31年4月30日頃	
	発病または負傷原因	不詳				
	(※) 診療を受けた病院等の名称	〇〇クリニック		医師氏名	〇〇××	
	(※) 診療の内容	問診・触診・血液検査・投薬		(※) 診療に要した費用の額	¥100,500-	
	(※) 診療の期間	R1年5月1日からR1年5月4日まで 4日間		入院・入院外の別 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	入院の場合入院期間 1年5月1日から 1年5月4日まで	
	療養の給付を受けることができなかった理由	<日航健保交付の保険証を病院に提示できなかった理由等を記入して下さい> 保険証の交付手続き中だったため				
	第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある <input type="checkbox"/>	ない <input checked="" type="checkbox"/>	第三者行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	ある・ない
申請が被扶養者(家族)に関するときはその者の	氏名	健保 花子		令和 年 月 日提出		
	生年月日	昭・平・令 31年4月27日	 受付日付印		
	続柄	長女				
委任状	本請求により支給される療養費等の受領に関することを下記の者に委任します					
	所在地 事業所名称 事業主名称	事業所健保窓口にて、記入いた いて下さい。			特例退職(保険証の記号30)及び、 任意継続(保険証の記号19) の方は記入不要。	
	委任者氏名	被保険者の署名が必要です。				