

※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 <国保等払戻用>  
家族

※この申請書は、国保等から交付される診療(調剤)報酬明細書1枚ごとに1枚必要です。

注意事項

(ウ) (イ) (ア) 以前に加入していた国保等の保険者へ支払ったことがわかる領収書の本紙を添付して下さい。  
 (ウ) 以前に加入していた国保等の保険者へ支払ったことがわかる領収書の本紙を添付して下さい。また、それとは別に、内訳  
 (イ) 明細書がある場合、そちらも添付して下さい。  
 (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は、そのように読み替えて記入して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号 <b>11</b> 番号 <b>12345</b>	被保険者(社員) の氏名	<b>健保 一郎</b> 生年月日 <b>昭・平・令 35年 12月 12日</b>		
	被保険者の 現住所	<b>〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3</b>		TEL <b>03 (1234) 1111</b>		
	事業所名 (所属)	<b>(株) 日航〇〇</b>		TEL <b>03 (5678) 2222</b> ( 総務課 )		
	傷病名	<b>急性咽頭炎</b>		発病または 負傷年月日	<b>令和1年5月1日頃</b>	
	発病または 負傷原因	<b>不詳</b>				
	(※) 診療を受けた 病院等の	名称	<b>〇〇クリニック</b>		医師氏名	<b>〇〇××</b>
		所在地	<b>〇〇市△△1-1</b>			
	(※) 診療の内容	<b>問診・触診・投薬</b>			(※) 診療 に要した 費用の額	<b>¥7,600-</b>
	(※) 診療の期間	<b>R1年5月2日から 年 月 日まで 1日間</b>			入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	入院の場合入院期間 年 月 日から 年 月 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> <b>入社後、保険証を受け取る前に国保の保険証を使用したため</b>				
第三者行為に よって負傷 したもので あるか否か	ある <b>ない</b>	第三者行為によつて 負傷したときは	その事実の届出の有無 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			令和 年 月 日提出		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		..... 受付日付印		
	続柄					
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	<b>事業所健保窓口にて、記入いた いて下さい。</b>				
	委任者氏名	<b>被保険者の署名が必要です。</b>				

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。