

※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						

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) (ア) 診療報酬明細書又は調剤報酬明細書及び、領収書の本紙を添付して下さい。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、裏面に医療機関等より必要な証明を受けて下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号 11 番号 12345	被保険者(社員) の氏名と印	健保 一郎	生年月日 昭・平・令 35年 12月 12日	健保
	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		TEL 03 (5678) 2222	( 総務課 )	
	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××
		所在地	〇〇市△△1-1			
	(※) 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 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				
	続柄	長女			..... 受付日付印	
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	事業主証明印を、事業所健保窓口 にて、押印ください。 (印)			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・捺印が必要です。(印)				