※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						
	支給内訳 付加						
	備考		資格取得	昭・平・令　年　月　日			履歴
			資格喪失	平・令　年　月　日			
			支給期間				

被保険者
家　族

療養費　支給申請書　＜国保等払戻用＞

注意事項

※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。

（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。

（イ）診療報酬明細書・調剤報酬明細書（以前に加入していた国保等の保険者より交付されます）を添付して下さい。ある場合、そちらも添付して下さい。

（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。

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	急性咽頭炎	発病または負傷年月日	令和1年5月1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・投薬	(※) 診療に要した費用の額	￥7,600-		
(※) 診療の期間	R 1 年 5 月 2 日から　年　月　日まで 1 日間	入院・入院外の別	□入院 ☑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＞ 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				
第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある ない	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	
			第三者の氏名と住所（不明のときはその旨）		
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			
	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　事業主証明印を、事業所健保窓口にて、押印いただいて下さい。 ㊞

委任者氏名　被保険者の署名・捺印が必要です。 ㊞

受付日付印

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。

(2019.5)

日本航空健康保険組合