

療養費支給決定並びに支払伺					取得年月日
支給金額	金	円	常務理事	事務長	担当者
支給期間	自	年	月	日	喪失年月日
	至	年	月	日	年
					月
					日

健康保険（被保険者・家族） 療養費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	—	事業所の名称			
	療養を受けた者の氏名	続柄	生年月日		業務上・外 第三者行為の有無	
			年	月	日	業務上・第三者行為・その他
	傷病名			負傷年月日	年	
	発病または負傷の原因					
	受診するまでの傷病の経過					
	病院名			診療した医師の氏名		
	診療の内容					
	診療期間	年	月	日から	受診日数	金額
		年	月	日まで		
療養費申請の理由 (該当数字に○をする)	1. 装具の製作を業者に依頼したため					
	2. 健康保険証不携帯で全額を負担したため					
	3. その他 ()					
上記の通り療養費の支給を申請します。なお、支給決定額は給与振込口座（または加入時届出口座）に振込願います。						
年						
月						
日						
被保険者 住所						
氏名						
Ⓜ						

※添付書類 治療用装具の場合…装具の作成指示書・領収書

(2023.3)

医療費の場合…領収書・診療明細書

添付書類はすべて原本を送付してください