

被保険者・被扶養者

健康保険療養費支給申請書

受付日付印

支給決定何

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 の	記号		所属	株式会社		店・部		
	番号		氏名	会社		印		
	※健保記入欄 標準報酬月額	千円	住所（自宅）	自宅				
患 者	1. 被保険者	氏名	被保険者との続柄					
	2. 被扶養者 (どちらかに○)		患者の生年月日	昭・平・令	年	月	日	
傷病名				発病または負傷の年月日				
発病または 負傷の原因				令和		年	月	日
傷病の経過								
診療を受けた 病院等	名称		診療した医師等の氏名(注1)					
	所在地							
診療または 手当の内容								
診療または 手当での期間(注2)	自	令和	年	月	日	要した費用		
健康保険が 使えなかった理由	至	令和	年	月	日	日間	円	
傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所・氏名(不明のときはその旨)								
備考								

注1 薬剤の支給を受けた場合には、薬剤師の氏名を記入

注2 装具代の請求の場合には、代金支払の日を記載

支払指定 金融機関 (被保険者の 口座を記入)	銀行名	口座名義人(フリガナ)	
	銀行	支店	口座番号
	科目別(どちらかに○)		
	普通・当座		

※記号3の方は給与と同時振込となりますので、支払指定金融機関の記入は不要です。