

支払決定 伺	支給 金額	円		令和 年 月 日				
	内訳	法定給付	円	付加給付	円	常務理事	事務長	係
	備考							

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)  
家 族

令和 年 月 日 申請

被 保 険 者 欄	記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入してください			
	氏名	Ⓜ		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住所	(〒 - )		都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (内線)					

申 請 内 容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)					
	家族の場合 氏名			続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	傷病名				発病または 負傷年月日	令和 年 月 日	
	発病の原因 および経過 (詳しく)	*別途、負傷原因届を提出いただく場合があります。					
	第三者の行為による負傷疾病か否か	第三者の行為で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
	診療を受けた 医療機関等の 名称	所在地		*ある場合、別途連絡します。 診療した医師等の氏名			
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日数	日	
	療養に要した 費用の額	円					
診療内容							
支給申請 の理由	<input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> その他 (理由 )						