

受付年月日	年 月 日	決 済	理事長	常務理事	事務長	担当
同年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
支払年月日	年 月 日					
支給額	円					
支給期間	自 年 月 日	日間	資格取得	年 月 日		
	至 年 月 日		資格喪失	年 月 日		

<記入例>

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	〇〇〇〇	被保険者が勤務 する(していた) 事業所	名称	カメラのキタムラ横浜/新横浜店				
	第 △△△△△ 号		所在地	神奈川県横浜市港北区新横浜4-1-16				
傷病名	右膝内側靭帯損傷			発病又は負傷 の年月日	平成31年 11月 28日			
発病又は 負傷の原因	自宅の階段を上がっていた時、足を滑らせ転倒した為							
傷病の経過	良好							
診療又は手当 を受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称	〇〇〇〇整形外科病院		所在地 及び電 話番号	〒 222 - 0033			
	氏名	〇〇健一郎			神奈川県横浜市××区2-2			
診療又は 手当の内容				入院期間	自 年 月 日			
					至 年 月 日			
				コルセット装着日	平成31年 11月 28日			
診療又は手当 を受けた期間	自 平成31年 11月 28日	1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 8,300 円也				
	至 年 月 日							
診療又は手当が被 保険者の選定に係 る特別の病室の提 供、その他厚生大 臣が定める療養を 含むときはその旨								
療養の給付又は特 定療養費もしくは 家族療養費の支給 を受けることので きなかつた理由	治療用装具のため			負傷が交通事故など第三者行為による場合は「有 り」記入の上、別に「第三者行為による傷病届」 の添付が必要です				
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実 と届出の 有無	無し		加害者	氏名			
					住所			
被扶養者に関する 申請のとき	氏名	北村 花子		生年月日	昭・平 令 61年 6月 6日	続柄	妻	
振込先指定口座 ※被保険者 (本人)口座	〇〇〇〇	銀行・農協	△△△△	支店	普通 当座	NO.	1 2 3 4 5 6 7	
上記のとおり申請します。		被保険者(本人)名義の		〒 -				
令和 元 年 12 月 1 日		被保険者の		住所 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号室				
健康保険組合理事長 殿		氏名		北村 太郎				

(添付書類)

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、
「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書(原本)」を添付してください