支給支払決議書（健康保険組合使用欄）

伺年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日

支給額									常務理事	事務長	担当者	資格	得　年　月　日
													喪　年　月　日
												前回	始　年　月　日
													終　年　月　日

支給期間	年　月　日 日間 年　月　日	月額　千円 下該当　日間 該当　日間	入院期間	

※この請求書は１ケ月毎に作成してください。

健康保険　被保険者／家族　療養費支給申請書

（注意事項）

1. 医師（歯科医師）に診療を受けた場合は、その診療に要した費用の領収書及び診断書の明細書
2. 輸血に関する申請書のときは、輸血を必要と認めた医師の証明書
3. コルセット・ギプス等に関する申請のときは、装着代金の領収書及び装着又は代金の領収書
4. 海外療養費は海外用の診療内容明細書・領収明細書、なおその証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所氏名を添付
5. 立替払にした翻訳文を添付する申請のときは、医療機関で発行された診療報酬明細書・領収書を添付

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号			被保険者の氏名	㊞
	被保険者の住所	〒　電話			
	事業所の名称		事業所の所在地		
	傷病名		⑧診療又は手当てに要した費用の額	円	
	発病又は負傷の原因（くわしく）	年　月　日　午前・午後　時　分頃 （どこで）　（どうして）		勤務中 勤務外 通勤中	
	診療を受けた医師の名称		所在地		
	診療又は手当の期間	自　年　月　日～　至　年　月　日			
	上記期間に入院期間の有無〔有・無〕　有の場合は入院期間　年　月　日～　年　月　日				
	健康保険で診療を受けなかった理由				
	家族の申請にかかるときはその者の	氏名	生年月日	年　月　日	
	払渡希望の銀行等	銀行（フリガナ） 金庫 口座名義（ふりがな）	本店 支店	口座番号	
医師が記入するところ	コルセット・ギブス義肢等装着が診療のため必要と認めたことの証明	傷病名（　） コルセット等の種類（　） 必要と認めた理由（　） コルセット装着入院期間の有無（有　年　月　日～　年　月　日）無 コルセット装着日（　年　月　日）			
		年　月　日 医療機関の　所在地 名　称 担当医師名　㊞			

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

日本ハウスホールディングス健康保険組合

受付印