

同年月日			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	始	年	月	日
										回	終	年	月	日
支給期間	年 月 日	年 月 日	日間	月額				入院期間	千円					
				下該当 日間					該当 日間					

※この請求書は1ヶ月毎に作成してください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

(注意事項) 5. 4.3.2.1. 立替払に関する申請のときは、医療機関で発行された診療報酬明細書・領収書を添付 海外療養費の申請書に必要と認められた医師の証明書の住所氏名 輸血に関する申請書に必要と認められた医師の証明書の明細書 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) 平成 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 担当医師名	被保険者証の記号番号	1234	56	被保険者の氏名	健保 太郎			(健保)	
	被保険者の住所	〒000-XXXX 東京都練馬区00-△△-XX							電話 03-1234-5678
	事業所の名称	(株)日本ハウスホールディングス		事業所の所在地	東京都千代田区飯田橋四丁目3番8				
	傷病名	う蝕		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)	平成 24 年 9 月 20 日 (どこで) 自宅		午前・(午後) 9 時 30 分頃 (どうして) 不詳		勤務中 (勤務外) 通勤中			
	診療を受けた医師の名称	〇〇歯科医院		所在地	東京都練馬区 AB-CD-EF				
	診療又は手当の期間	自平成 24 年 9 月 8 日～ 至平成 24 年 9 月 27 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	保険証の所在が不明であったため、保険証を持たないで受診した。(その後、保険証の所在が判明しました。)							
	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	〇〇 銀行 (フリガナ) 金庫		×× 本店 支店	口座番号				
			ふりがな 口座名義 けんぼ 健保太郎	0	0	0	0		0

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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--