

伺いの日	令和		年		月		日	資格取得年月日			常務理事	事務長	担当者		
								☐ 昭和							
								☐ 平成		年		月	日		
								☐ 令和							
支給 支払 決議書	支給 金額														
	法定														
	付加														

記入例

☐ 被保険者
☒ 被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号	×	番号	×	×	×	×	×	×	② 被保険者 氏名と印	住 べ 太 郎		③	
	④ 申請が被扶養者 に関するとき	被扶養者氏名			被扶養者生年月日					被扶養者 の続柄		妻			
		住 べ 花 子			☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		× ×		年	×	月	×	日		
	⑤ 被保険者の現住所	神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×													
	⑥ 事業所の名称	住友ベークライト(株) 等、所属する会社名													
	⑦ 発病又は負傷日時	令和	×	年	×	月	×	日	×	時	×	分頃	⑧ 発病または 負傷の原因	旅行中の受診	
	⑨ 傷 病 名	気管支喘息				⑩ 医師・歯科医師 の住所・氏名				住所 千代田区神田神保町×-×-×				氏名 〇〇休日夜間急病診療所	
⑪ 診療内容の概要	旅行中の喘息発作治療の際、保険証を携帯していなかった為。														
⑫ 受診した期間	自令和 × × 年 × × 月 × × 日				至令和 × × 年 × × 月 × × 日				× × 日間		⑬ 診療に要した費用		× × , × × × 円		
⑭ 疾病または負傷の 経過	旅行中の深夜に急な発作が起こった。														
⑮ 療養の給付(保険 診療)を受けること ができなかった理 由の詳細	健康保険証不携帯の為														
上記請求金額の受領を															
委任します。															
令和 × × 年 × × 月 × × 日															
委任者印															
被保険者 氏名・印															
住 べ 太 郎															
被委任者印															
に															
※ 受 付 日 付 印															

イ. ※のところは記入しないで下さい。
ロ. 該当しない字句は抹消して下さい。①から⑮までぬかさないよう注意して下さい。
ハ. 傷病が第三者の行為によるものである時は「第三者行為傷病届」の所定用紙に記入添付して下さい。
ニ. 伝染病棟に収容された場合は、その機関の領収書を右の領収書欄に貼付して下さい。