決裁年月日	年　月　日
支払年月日	年　月　日
支　給　額	円

常務理事	事務長	課 長	係　長	係　員

健康保険 被保険者 家　族 療養費支給申請書

※申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記　号 □□□□ － 番　号 □□□□	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
	氏　名 住　所 連絡先	（フリガナ） （〒　　－　　） TEL		
振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 農協 信組　本店 支店		
	口座番号	□普通 □当座 □□□□□□□ ※左づめでご記入ください。		
	口座名義	カタカナ（姓と名の間は１マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は１字としてご記入ください。） □□□□□□□□□□□□□□□ ※左づめでご記入ください。 □□□□□□□□□□□□□□□ 漢　字		

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏　名　㊞　住　所		
	代　理　人 （口座名義人）	（フリガナ） （〒　　－　　） ㊞ TEL	被保険者との関係	

やむを得ず被保険者が給付金を受け取れない場合は、上記「受取代理人の欄」に記入してください。（押印省略不可）

申請内容	受診者	（フリガナ） 氏　名	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・負傷の原因および経過		療養に要した費用の額	円
	診療を受けた医療機関の名称と所在地	名称	所在地	装具等装着指示を受けた日（装具等の申請のみ記入） 令和　年　月　日
	診療の内容			
	申請の理由	□入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため □緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため □治療用装具を作成したため □その他（　　）		

受　付