

伺 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日
支 給 割 合	7 割 ・ 8 割 ・ 9 割			
支 給 額	円			

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

申請日 : 令和 年 月 日

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号		記号	② 被保険者の氏名(申請が本人の場合、年齢も記入)		(歳)
			番号			
	③ 申請が被扶養者であるときはその者の氏名と年齢			④ 被保険者との続柄	⑤ 傷病名	⑥ 発病又は負傷の日
	(歳)					平成・令和 年 月 日
	⑦ 健康保険を受けることができなかった理由					
	⑧ 治療に要した費用		円			
	⑨ 第三者行為によるものですか		はい ・ いいえ		※第三者行為による場合で、「第三者行為による傷病届」が未提出の方は、至急提出してください。	
	*被保険者が請求される場合は、記入不要です。					
	⑩ 支払金融機関		金融機関名	支店名		
			預金種目	口座番号		
		口座名義	*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。			
		(カナ)				
		(漢字)				

*任意継続被保険者の方は記入不要です。

⑩ 委 任 状	私は、事業主を代理人と定め、療養費を給与口座へ受領を委任します。	
	住所 本人 氏名	
	住所 ※代理人 氏名	

受付印

※記入上の注意事項

- 上記太枠内を記入下さい。
- ①は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記
- ⑩の本人の欄は、事業主経由(給与振込)で支給するため、必ず自筆記入してください。
※印の代理人欄は、記入、捺印しないでください。