

※健保組合 使用欄	受付年月日	令和	年	月	日
	同年月日	令和	年	月	日
	決裁年月日	令和	年	月	日
	支給額	円			
	支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日	日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	係
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	令和	年	月 日

被保険者 療養費支給申請書 (第 1 回目)
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	18-1234	被保険者が勤 務する(して いた)事業所 の	名称	健保商事株式会社		電話	0000 局 0000 番						
			所在地	〒 100-0004 東京都千代田区大手町〇-〇-〇									
傷病名	右足首捻挫			発病又は負 傷の年月日	令和	〇	年	〇	月	〇	日		
発病又は 負傷の原因	飲食店にて会談を踏み外し、転倒した際に負傷。												
傷病の経過	良好。												
診療又は手当 を受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称	〇〇			所在地及び 電話番号	上海市〇〇 00-00-0000-0000							
	氏名	〇〇 〇〇											
診療又は 手当の内容	診療の上、湿布薬を処方。			入院期間	自	年	月	日	至	年	月	日	
				コルセット装着日	年	月	日						
診療又は手当 を受けた期間	自	令和	〇	年	〇	月	〇	日	2	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 500元	内也
	至	令和	〇	年	〇	月	〇	日					
療養又は手当が被保 険者の選定に係る特 別の病室の提供、そ の他厚生労働大臣が 定める療養を含むと きはその旨													
療養の給付又は特定 療養費もしくは家族 療養費の支給を受け ることができなかった 理由	海外旅行中に負傷したため。												
第三者の行為によ る負傷である とき	その事実と 届出の有無			加害者の氏名									
				加害者の住所									
被扶養者に関す る申請のとき	氏名			生年 月日	昭 平	年	月	日	被保険者 との続柄				
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫		店・本店 支店・出張所		(普通 No. 当座)								
上記のとおり申請します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者の 住所 〒 170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇 氏名 大平 健太 大太平洋金属健康保険組合理事長 殿													

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日											
	被保険者の	住所	〒 170-0003		東京都豊島区駒込〇-〇-〇							
	氏名	大平 健太										
代理人の	住所	〒 100-0004		東京都千代田区大手町〇-〇-〇								
	氏名	健保商事株式会社										
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫		店・本店 支店・出張所		(普通 No. 当座)							

領 収 書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 大太平洋金属健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名											
-------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(注意事項)
※輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。
※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要ですが、)

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。