

※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

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

(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、「被保険者等記号・番号」欄へ記載してください。
※被保険者等記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「医師の証明書」のほか、「被保険者等記号・番号」欄へ記載してください。

被保険者等記号・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						
傷病名	右足首捻挫			発病又は負傷の年月日	令和			年	月	日				
発病又は負傷の原因	飲食店にて階段を踏み外し、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									
	氏名	〇〇 〇〇			00-00-0000-0000									
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		
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
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													
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	年	月	日	被保険者との続柄					
振込希望の金融機関名	銀行		店・本店		(普通			No.)						
上記のとおり申請します。														
令和				〇	年	〇	月	〇	日	住所 〒 170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇				
被保険者の				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		店・本店		(普通			No.)		
	金庫		支店・出張所		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) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。