

受付年月日	平成	年	月	日
同年月日	平成	年	月	日
決裁年月日	平成	年	月	日
支給額	円			
支給期間	自 平成	年	月	日
	至 平成	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	平成	年	月	日
支払年月日	平成	年	月	日

**被保険者療養費支給申請書 (第 1 回目)**

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	〇〇〇〇局 〇〇〇〇番
傷病名	右足首捻挫	発病又は負傷の年月日	H 〇〇年 〇月 〇日	所在地	T 100-0004 東京都千代田区大手町〇—〇—〇
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 〇〇-〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
診療又は手当の内容	診察の上、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 H 〇〇年 〇月 〇日	至 H 〇〇年 〇月 〇日	2 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 500 元 〃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			
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	(普通 No. 当座)		
上記のとおり申請します。 H〇〇年 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 (印) 大太平洋金属健康保険組合理事長 殿					

委任状	私は 健保商事株式会社 を代理人と定め、次の権限を委任する。 H 〇〇年 〇月 〇日 請求した被保険者療養費のうち 金 円也の受領に関すること。 H 〇〇年 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 (印) 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 代表取締役 田中 一郎 (印)				
振込希望の金融機関名	銀行 金庫	店・本店	(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 (印)
-----	---

(TK201703)

(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、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証の記号・番号」欄へ記載してください。  
(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。)

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。