※ 支払決議書												
	支給額	拾万	万	千	百	拾	円					
	傷病名			資格	取得 年 月 日 喪失 年 月 日	療養	開始 年 月 日 終了 年 月 日					
								医療費総額				
								一部負担額				
	備考							支給額				

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 1/2ページ

被保険者（申請者）情報					
記号番号	記号 番号	生年月日 昭和 平成 年 月 日	被保険者の（申請者）氏名	フリガナ	
被保険者の住所	（〒 ー ） TEL （ ）				
事業所の（勤務先）	名称 所在地 （〒 ー ）		提出委任	□ 本請求書の提出を事業主へ依頼します。 （事業主経由（依頼）する場合は ✓）	

振込先口座				
金融機関の名称	銀行 金庫 信組 農協 その他（ ）	本店 支店 出張所 本所 支所	預金種別	□ 1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知
口座番号		口座名義	フリガナ	口座名義区分 □ 1. 申請者 2. 代理人

2. 代理人の場合は必ず記入をしてください。

受取代理人の欄			
被保険者の（申請者）氏名	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。 年 月 日 住所は「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ		
代理人（口座名義人）	フリガナ 氏名		委任者と代理人との関係
	（〒 ー ） TEL （ ） 住所		

送付先			
	この給付金の支払通知書は □ 1. 事業所に 2. 自宅に 送付してほしい 3. その他に	その他の住所	（〒 ー ）
	※ 指定がない場合は自宅に送付いたします。		

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

２ページ目も忘れずに記入してください！

機缶健康保険組合

健　康　保　険　被保険者 被扶養者　療　養　費　支　給　申　請　書

被保険者名	

申請内容	受診者	□ 1．被保険者 2．家族（被扶養者）	受診者氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄
	傷病名		発病又は負傷年月日 平成 令和 年 月 日	第三者行為によるものですか？ □ 1．はい 2．いいえ	
	発病の原因および経過（詳しく）	□ 1．病気 （原因及び経過） 2．けが 負傷原因届を併せて提出してください。			
	診療を受けた医療機関等の（詳しく）	名称		診療した医師等の氏名	
		住所	（〒 ー ） TEL （ ）		
	診療を受けた期間	平成 令和 年 月 日 ～ 平成 令和 年 月 日 日間			
	上記の期間に入院していた場合は、その期間	平成 令和 年 月 日 ～ 平成 令和 年 月 日 日間			
	装具等の装着について指示を受けた日	平成 令和 年 月 日		療養に要した費用の額	円
	診療の内容				
	療養費支給申請の理由	□ 1．入社して間もなく被保険者証が届いていなかったため 2．緊急やむを得ず受診し被保険者証を所持していなかったため 3．誤って当健康保険組合以外の被保険者証を使用してしまったため 4．治療用装具を作成したため 5．その他（ ）			

添付書類　（下記を参考に必要な添付書類を添えて申請してください。）

☆　外傷（ケガ）の場合は「負傷の原因届」を添付してください　☆

◆　立替え払いをしたときは　…「領収書原本」

◆　以前の保険証を使用したときは　…「領収書原本」「診療（調剤）報酬明細書」

◆　コルセット、ギブス、義眼などを作ったときは　…「領収書原本(装具の名称、種類及び内訳別の費用が記載されているもの)」「医師の証明書（原本）」「装具の写真」(靴型装具の場合)※

※ 審査の結果 靴型装具以外であっても「装具現物の写真(装着時＋脱着時)」が必要となる場合があります。

◆　小児弱視等の治療に必要な眼鏡等を作ったときは　…「領収書原本（眼鏡の名称、種類及び内訳別の費用が記載されているもの）」「医師の作成指示書等（写し可）」

◆　四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したときは　…「領収書原本」「医師の装着指示書原本」

◆　輸血を受けるときの生血代を立替え払いしたときは　…「生血代金領収書原本」「医師の輸血証明書原本」

※　提出頂いた書類は返却できませんので、お手元に必要な際は、申請の前にコピーをして保管ください。