受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	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			
資格取得	年　月　日		
資格喪失	年　月　日		
支払年月日	年　月　日		

被保険者
被扶養者　療養費支給申請書

（第　　回目）

被保険者証の記号・番号	第　　号	被保険者が勤務する（していた）事業所の	名称	電話　局　番	
			所在地		
傷病名		発病又は負傷の年月日	年　月　日		
発病又は負傷の原因					
傷病の経過					
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		所在地及び電話番号		
	氏名				
診療又は手当の内容	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　年　月　日 至　年　月　日　日間	診療又は手当に要した費用の額	金　円也		
療養費の支給を受けようとする場合に、その生活費の全部又は一部を負担することが特に困難であると認められる旨の厚生労働大臣の定める基準に該当する旨の届出の有無					
特別の療養費の支給を受けようとする場合に、その療養費の額が、健康保険法第85条の2第1項に規定する厚生労働大臣の定める基準に該当する旨の届出の有無					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の届出の有無		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	大昭平令　年　月　日	被保険者との続柄
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店（普通当座第　号）・　郵便局				

上記のとおり申請します。

年　月　日

被保険者の住所
氏名　㊞

健康保険組合理事長　殿

（注意事項）輸血及びコルセット等治療用装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」を添付して下さい。

（注）この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。

委任状

私は　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

年　月　日請求した被保険者
被扶養者 療養費のうち

金　　円也の受領に関すること。

年　月　日

被保険者の住所
氏名　㊞

代理人の住所
氏名　㊞

振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店（普通当座第　号）・　郵便局

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

健康保険組合理事長　殿

受領者　住所
氏名　㊞