

同 年 月 日	平成	年	月	日	常務理事	事務長		担当者	標準報酬月額				
支給 支払 決議書	支払額									千円			
	支給 内訳	法定						資格	得	年 月 日	前	始	年 月 日
		付加						喪		年 月 日	回	終	年 月 日
種類	療養費（入院・入院外・歯科・調剤） 装具 その他（ ）												

健康保険 被保険者・**家族** **療養費・療養付加金支給申請書** 平成〇〇年〇〇月〇〇日提出

被 保 険 者 が 記 入	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号			被保険者(請求者)の 氏 名 と 印		フリガナ ケンボ タロウ				
	記 号	〇〇	番 号	〇〇〇〇	健保 太郎					
	被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 現 住 所			〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇1-1-1		電話 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇				
	事 業 所 の 名 称			〇〇〇〇株式会社						
	療養が被扶養者に関するときは、その方の			氏名	健保 花子	生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇月 〇日	続柄	妻	
	傷 病 名			神経痛		発病又は負傷年月日 (療養開始年月日)	平成 〇〇年 〇月 〇日			
	発病の状態又は負傷の原因 及びその経過 (詳しく記入)			不詳		第三者行為によるものですか はい・いいえ				
	診 療 を 受 け た 病 院 等			名 称	〇〇 治療院					
				所在地	〇〇〇〇2-1-1					
	診 療 の 期 間 ( 支 給 期 間 )			始	〇〇年 〇月 〇日		診 療 に 要 し た 費 用 の 額	〇〇,〇〇〇 円		
			終	年 月 日 1 日間						
診 療 の 内 容			マッサージ							
療養の給付を受けることが できなかった理由			保険適用外の為							

【添付書類】

1. 保険証を持参しなかった場合  
①領収書(原本) ②診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の写し ※別紙の「領収(診療)明細書」に医療機関の証明があるときは不要
2. 前加入の健康保険証を使用してしまった場合  
①領収書(原本)・・・前加入先に支払った分 ②診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の写し・・・封筒に入ったまま提出してください  
※1と2の場合、②の件数分、申請書が必要となります。(前加入先が出した請求書にてご確認ください)
3. 装具(コルセット)を作った場合  
①領収書・装具明細書(原本) ②医師の意見書
4. はりきゅう、あんま、マッサージの場合  
①領収書(原本) ②領収(施術)明細書  
③保険医の施術同意書(継続して治療を受けるときは6ヶ月に一度、再同意書が必要)

← 添付してください

※ 在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい。

委 任 状	私は会社を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します		
	本人	住 所	〇〇〇〇1-1-1
		氏 名	健保 太郎
	代理人 会社	事業所住所 事業所名称 氏 名	

← 在籍者は記入と捺印をしてください

健保使用経過欄	
受付年月日	
受付番号	第 号
決定年月日	

※ 退職者は、支払い口座を記入してください。(被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です)

銀 行	支 店	普 通	口 座 番 号
信用金庫	出張所	当 座	
			口 座 名 義 (カカ)