装具を作成したとき

法定給付費	目		常務理事	事務局長	課長	主任	係

※組合使用欄

支給決定			支給期間		資格		
	支給(出)金額	円		自 平成 年 月 日		取得	昭和・平成 年 月 日
	支給決定日	平成 年 月 日		至 平成 年 月 日		喪失	平成 年 月 日
	支給年月日	平成 年 月 日		日間		期間	□1年以上／□1年未満

1立替払い等	2治療用装具	3 あんまマッサージ師の施術	4 はりきゅう師の施術	5 生血	輸血回数	海外表示	備考欄
			回		回	0 国内	
			年 月 日			1 海外	
回	※装着年月日		年 月 日				

対象者が被保険者以外のときは、その者の氏名、生年月日、被保険者との続柄を記載してください。

※上の欄には記入しないでください。

健康保険 (被保険者 家族) 療養費支給申請書

●被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。また記入上の注意事項をよくお読みください。

被保険者が記入する欄			
被保険者証の記号・番号	被保険者(申請者)氏名・印	事業所の名称	
2312 1000	健康太郎 (健康)印	○○○病院	
被保険者の生年月日	被保険者(申請者)の住所・電話等		
生年月日 ☑昭和 □平成 ○○年 ○○月 ○○日生	〒 231 - 0000 横浜市中区尾上町○○ - ○○ TEL.(0 45) 000 - 0000		

療養が被扶養者に関する時はその者の	氏名		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日生	被保険者との続柄	

傷病名	発病または負傷の原因及その経過	第三者の行為によるものですか
右膝関節靭帯損傷	発病又は負傷年月日(療養開始日) 平成 24 年 11 月 20 日 傷病の原因が外傷等によるものである時は、別に「負傷原因届」をこの書類に添付してください。「組合所定の用紙」 バレーボール練習中に右足をひねって負傷した	☑いいえ □はい

診療を受けた病院等	名称	横浜○○病院	診療した医師氏名	横浜太郎
	所在地	横浜市中区桜木町○○		

診療の期間(支給期間)		日数	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間		日数
自 24 年 11 月 20 日				自 年 月 日		
至 24 年 11 月 20 日	1 日間		□入院・☑入院外	至 年 月 日	日間	

診療に要した費用額	診療の内容	療養の給付を受けることが出来なかった理由
15,000 円	短下肢装具の装着	1 治療用装具の支給申請のため。 2 健康保険加入手続き中で、手元に被保険者証がなかったため。 3 その他( )

●□には該当する部分にレ(チェック)を入れてください。

■給付金の受領方を他人に委任する時は、下記の受取代理人の欄に必要事項を記入してください。

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	代理人の住所氏名・印電話等

傷病名、診療に要した費用額、診療の内容等、わかる範囲で記入してください。

療養の給付を受けることができなかった理由を選択してください。

■受取代理人欄には何も記入しないでください。

振込先金融機関の欄	金融機関番号	1234	本支店番号	567	預金種別	口座番号	1234567
	健康	☑銀行 □金庫 □組合	関内	□本店 ☑支店	☑普通 □当座	フリガナ	ケンコウ タロウ
						預金口座名義人	健康太郎

振込先金融機関の欄には必ずご記入ください。

受付日付印

上記の内容について相違ありません。　　平成 24 年 00 月 00 日提出

神奈川県医療従事者健康保険組合　理事長　殿

▼字句を訂正する場合は誤った字句を抹消し、訂正印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

▼「療養の給付を受けることが出来なかった理由」は必ず記入してください。