

# 国保等を使用したとき

支給(出)金額	円	支給期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	取得	昭和・平成 年 月 日
支給決定日	平成 年 月 日	支給期間	自平成 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	支給期間	日間	日間	資格	期間
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	資格	期間
対象者が被保険者以外の場合は、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。				輸血回数	0 国内	備考欄
回				回	1 海外	

※組合使用欄

※上の欄には記入しないでください。

## 健康保険 被保険者 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)	〇〇〇病院
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 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇 〇〇 〇〇	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇 TEL.(045)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 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成	被保険者との続柄
傷病名	発病または負傷の原因とその経過	発病又は負傷年月日(療養開始日) 平成 24年 12 月 5 日
高血圧症	発病または負傷の原因とその経過	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」
	体調が悪く受診した	第三者の行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
診療を受けた病院等	名称	診療した医師氏名
	横浜〇〇病院	横浜太郎
	所在地	
	横浜市中区桜木町〇〇	
診療の期間(支給期間)	自 24年 12月 5日 日数	入院・入院外の別
	至 24年 12月 5日 1日間	入院の場合左記の入院期間
		自 年 月 日 日数
		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
5000円	薬の処方 検査、採血等	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	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。	代理人の住所氏名・印・電話等	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。
--------	--------------------------------------	----------------	--------------------------------

■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 1 2 3 4	本支店番号 5 6 7	預金種別	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	健康 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	関内 <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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には必ず記入してください。