伺年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	会　計	担　当	担　当
支払年月日	令和　年　月　日					
支払支給決議書　支払額	拾万　万　千　百　拾　円					
支給決定額　法定	款項目　拾万　万　千　百　拾　円	摘要　資格	得　年　月　日			
支給決定額　付加		摘要　備考	喪　年　月　日			

記入例

健康保険　被保険者　療養費
家族　第二家族療養費

支給申請書

（第　　回目）

被保険者が記入するところ	被保険者等記号と番号	記号 100	番号 9999	会社名	㈱　タ　ク　マ	
	疾病名	右膝脱臼	発病又は負傷の年月日	令和 6 年 11 月 16 日		
	発病又は負傷の原因傷病の経過	犬の散歩中、公園の階段でつまずいて転んだ際、脱臼した。 経過良好				
	診療を受けた医療機関の名称・所在地・医師氏名	名称	尼崎第一病院	所在地電話番号	尼崎市潮江 3－2－1	
		医師氏名	田中　太郎	該当に○で囲んで下さい	入院　・　通院	
	診療の内容	右膝下装具				
	診療の期間	自 令和 6 年 11 月 16 日 ～ 至 令和 6 年 11 月 25 日 まで		診療に要した費用の額	18,500 円	
	療養の給付を受けることが出来なかった理由	右膝下装具の治療材料を必要とするため				
	第三者行為によって負傷したものですか	はい・いいえ	第三者の氏名住所・TEL		届出の有無	あり・なし
	申請が被扶養者に関する時はその者の	氏名　田熊　幸子	生年月日 S・H・R 3 年 4 月 15 日		続柄	妻
	上記のとおり申請します。　令和 6 年 11 月 30 日 被保険者　住所　尼崎市田熊町 1－2－3 氏名　田熊　一郎　電話（ 06 ）6012 － 3456					

※　下の「委任欄」も、ご記入ください。

委任欄	私は　事業主　を代理人と定め、療養費および同付加金の受領方を委任します。 令和 6 年 11 月 30 日 被保険者　住所　尼崎市田熊町 1－2－3 氏名　田熊　一郎 事業主　住所 氏名 被保険者の勤務先の人事（総務）に記入してもらってください

◎　下記書類（①②とも原本）を添付し、各事業所の人事（総務）経由でご提出ください。

- 療養に関する申請の場合
  - ①　領収証　②　診療明細書
- ギブス等治療用装具および輸血に関する申請の場合
  - ①　領収証　②　医師の意見書・証明書
  - ③　靴型装具の場合は当該装具の写真
  - ※ 療養費支給申請書別紙（靴型装具写真添付用紙）を使用してください

健保受付印

令和6年12月 改訂