支　給　決　定　伺

支給決定額
円

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	令和　年　月　日
資格喪失(消滅)日	令和　年　月　日
支払年月日	令和　年　月　日

健康保険　被保険者 / 被扶養者

療養費請求書（□立替払い　□治療用装具等）

＊太枠線内を記入してください

被保険者の記入するところ

提出日	令和　年　月　日	本人家族区分	□ 被保険者　□被扶養者
被保険者等記号・番号	記号　番号	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ（氏）（名）
事業所名称		所属・電話番号	（電話番号）
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		
請求が被扶養者に関するときはその者の氏名		被扶養者生年月日年齢	昭和・平成・令和　年　月　日（受診日または装具装着日時点⇒）　歳
被保険者との続柄			
医療費助成を受けていますか？	□いいえ　□はい［□乳幼児　□障害　□ひとり親　□その他（　）］		
傷病名		発病または負傷年月日	令和　年　月　日
疾病または負傷の原因		診療または手当の内容	
第三者行為に因る傷病ですか	□はい　□いいえ	⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」添付してください	
外傷性の傷病ですか	□はい　□いいえ	⇒「はい」の場合は、「傷病原因届」を添付してください	
申請理由	□A.加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため □B.前の保険者で資格喪失後に受診したため □C.治療用装具を購入 □D.小児弱視治療用眼鏡等を購入 □E.その他（　）		
受医療機関 所在地	〒　－（電話番号）		
受医療機関 名称	（医師名）		

申請理由がAとBの場合のみ記入してください。			
診療期間	令和　年　月　日～　月　日	診療または手当に要した費用の額	※領収書の額　円
入院・外来の別および日数	□入院　□外来（　日間）	申請理由がCとDの場合のみ記入してください。	
医科・調剤の別	□医科（診療費）　□調剤（薬代）	装具等の装着日	令和　年　月　日

委任状

表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。

令和　年　月　日

被保険者の
氏　名

氏名を自署されても捺印は必要です。

印

受付日付印