給付０２

被保険者
家　族

療養費支給申請書

被保険者が記入する欄

被保険者証記号・番号	記号 ＊＊＊	番号 ＊＊＊＊＊	所　属	○○部○○グループ
療養を受けた者	氏　名	健保　花子	続柄	妻
	生年月日	(昭和) 平成・令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日		
傷病名	○○○○○○	発病又は負傷の年月日	令和＊＊年＊＊月＊＊日	
発病又は負傷の原因	○○○○○○ ← 不明の場合は不明と記入			
保険医で診療を受けることが困難であった理由など	1. 治療用装具の装着（ｺﾙｾｯﾄ・ｷﾞﾌﾟｽ等） (2.) 自費で診療（理由：旅行中でマイナ保険証等による本人確認ができなかったため 3. その他（理由：			
診療を受けた期間	令和 **年 **月 **日 ～令和　年　月　日　日間		入院・通院の別	入院　・　(通院)
入院の場合その期間	令和　年　月　日 ～令和　年　月　日　日間		療養費の金額（10割負担額）	10,000　円
診療を受けた医療機関の所在地・名称、医師名	所在地 ○○市△△町××4－5 名　称 ○○医院 医師名 ○○○○○○ 電話 ＊＊＊-＊＊＊-＊＊＊＊			
傷病が第三者の行為によるものである時は、その状況、加害者の氏名・住所	事故の状況 加害者の氏名・住所			

必ず該当する下記の書類を添付してください。

上記の該当診療になった期間（医療機関等の証明日）

支払った費用を記入

該当する場合のみ記入

上記のとおり請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。

月初締切の当月25日給付（従業員は給与にて上乗せ給付）いたします。

令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日

〒＊＊＊-＊＊＊＊

被保険者　住　所　○○市△△区××2－3－4

氏　名　健保　太郎

田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿　　電話　＊＊＊-＊＊＊-＊＊＊＊

振込希望銀行（資格喪失者（退職者）のみ記入、ゆうちょ銀行除く）	[　　]銀行　[　　] 支店 （普通）口座番号[　　]　口座名義（ｶﾀｶﾅ）[

2022.05.10

添付書類は原本をお願いします。返却できませんので、申請前にコピーをお取りください。

＜添付書類＞

1. 装具装着の場合：装具装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の意見書および装具代金の領収書および装具部品価格明細
2. 自費で診療を受けた場合（保険証を持参せず、自費で受診した場合）
   ：領収（診療）明細書および領収書
3. その他の理由による場合：当健康保険組合にお問い合わせください。