

支給決定並支出伺	支 給 額	¥	常務理事	事務長	係	
	款 項 目	3 - 1 -			取 得	年 月 日
	支 給 決 定 日	年 月 日			喪 失	年 月 日
	支 年 月 日	年 月 日				
	備 考					

(説明) この申請書は被保険者又は被扶養者が保険医療機関等について診療を受けることが困難な場合又は保険医療機関等以外の医師又はその他の者の診療又は手当を受けた場合に
(この申請書に添えなければならない書類)
その診療又は手当に要した費用を申請するものです。
1 療養に要した費用について医師又は市町村から記入、押印を受けた領収書と診療報酬請求明細書の写
2 血液代に関する支給申請のときは輸血を必要と認めた医師の証明書及び血液代金の領収書
3 コルセット等に関する支給申請のときは装着を必要と認めた医師の証明書及び領収書

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

健康保険被保険者 証の記号と番号	記号	被保険者の 氏名と印	印
	番号		
被保険者の住所	〒□□□-□□□□ 丁目、番地、アパート名等詳細に記入してください。 方		
事業所の名称			
傷病名		発病又は負傷の年月日	年 月 日
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
手当を受けた医師 歯科医師、その他の 者の住所、氏名	住所 氏名		
診療又は 手当の内容			
診療又は 手当の期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 うち入院 した期間	年 月 日 年 月 日
治療を受けるさい 保険証を医師に提 示しなかった事由			
傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所、氏名 (住所氏名が不明であるときはその旨)			
申請が被扶養者分 であるときはその 者の氏名		生年月日	年 月 日 被保険者 との続柄
支払希望銀行	銀行 本店 普通・当座 (フリガナ) 金庫 支店 支所 口座番号 名義人 農協		