

支給決定伺		支給決定 令和 年 月 日			
給付金支給額	円	常务理事	事務長		担当者
給付金支給日	令和 年 月 日				
款 項 目	-				

療 養 費 支 給 申 請 書
 家 族 療 養 費

申請者	被保険者証記号	6010	被保険者証番号	12345	枝番	09
	対象者氏名	兼松 花子	生年月日	H 22年 10月 1日	続柄	子
	診療や手当を受けた医療機関名	〇×整形外科クリニック				
	傷 病 名	左足骨折	診 療 の 期 間	自令和 1年 5月 2日 至令和 1年 5月 3日		
	発 病 又 は 負傷の原因	旅行中の転倒	診療に要した費用	150,000 円		
	保険診療を受けられなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証不携帯 <input type="checkbox"/> 保険証未発行 <input type="checkbox"/> 装具作成 <input type="checkbox"/> その他()				
負傷された方のみ						
	負傷状況	<input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 勤務中(出張中含) <input type="checkbox"/> 第三者によるもの				
	負傷原因	どの様に怪我をされましたか?(詳細をご記入下さい) 歩行中に道の縁石に足を取られて転倒した。				
☆退職者又は任意継続被保険者のみ(現役社員は記入不要)						
	振込先選択	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する <input type="checkbox"/> その他の振込先を希望する ※公金受取口座への振込には事前にマイナンバーを利用した登録が必要となります。 ※その他の振込先を選択された方は下記ご記入ください。				
振込先	銀行名	支店名	口座種別	口座番号		
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			

*記号番号の代わりに個人番号を記入する事も可能です。
個人番号を使用されたい場合は、被保険者番号欄に12ケタの個人番号をご記入下さい。

◎請求上の注意

一、この様式は、被保険者又は被扶養者がやむを得ない事情で、保険による診療を受ける事ができず、その診療に要した費用を療養費又は家族療養費として支給申請するものです。

二、この申請をするときは、医師から診療費領収書(原本)及び明細書(原本)を一緒に健康保険組合にご提出下さい。

三、装具作成された場合は、領収書の他に医師の診断書(指示書)をご提出下さい。

部位によっては装具の写真を提出いただく場合がございます。

兼松健康保険組合理事長殿

受 付 印

令和 1 年 5 月 25 日上記により申請します。

被保険者氏名 兼松 太郎