

* 急病などで、健康保険証を持たずに医療機関で診療を受けたとき
* 就職直後などで保険証が交付される前に診療を受けたとき
* 国保等資格喪失後受診したとき

受付日付印

保険証不携帯

支給決定伺

				年	月	日	伺出	
				年	月	日	決議	
				年	月	日	施行	
常務理事	事務長	事務課(係)長	係	資格	得	年	月	日
					喪	年	月	日
支給決定額				支給期間	自	年	月	日
					至	年	月	日
円				備考				被扶養者確認

事業所担当者印

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

提出年月日を記入してください
令和〇年〇月〇日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号は保険証に記載してあります。 被保険者証の記号と番号	記号 1000 番号 123456	被保険者氏名は保険証に記載してあります。 被保険者の氏名・生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 (印) 昭和・平成 40年 10月 13日生
	被保険者の現住所	〒 111 - 1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1 電話 888-888-8888		
	傷病名	気管支炎	発病又は負傷の年月日	平成・令和30年〇月〇日
	傷病又は負傷の原因	詳しくわからない場合でも、できる範囲で状況を記入してください。 不詳		
	傷病の経過	具体的に記入してください。 現在完治		
	診療又は手当を受けた医療機関	名称 〇〇医院	所在地 東京都〇〇区〇〇3-3-3 〇で囲みます。	
	診療又は手当の内容	当該病院又は診療所での手当の内容を記入してください。 診療・投薬		入院入院外別 〇 入院外
	① 診療又は手当の期間	平成・令和 30年〇月〇日より 平成・令和 30年〇月〇日まで	1 日間	診療又は手当に要した費用の額 領収書に記載されている金額を記入してください。 5,000円
	療養の給付を受けることの出来なかった理由	健康保険を受けることができなかった理由を具体的に記入してください。 保険証不携帯の為		
	傷病が第三者の行為に因るときはその事実及び氏名及び住所(不明のときはその旨)	今回の傷病が労災・通災・第三者の行為によるものであるか、記入してください。 (第三者の行為とは? 交通事故、他人からの暴力、食中毒等をいいます。) 第三者の行為によるものは療養費の対象外になるため、健保組合へ連絡ください。 該当しない		
今回の申請対象者が被扶養者(家族)の場合に申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	被扶養者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 続柄	

① 診療又は手当の期間
診療又は入院の期間及び日数を記入してください。