

受付日付印

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
				備考				被扶養者確認
円								

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

令和 年 月 日 提出

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号と番号	記号	被保険者の 氏名・生年月日	フリガナ			
		番号		昭和・平成 年 月 日 生			
	被保険者の 現住所	〒			電話		
	傷病名			発病又は 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日		
	傷病又は 負傷の原因						
	傷病の経過						
	診療又は手当を 受けた医療機関	名称		所在地			
	診療又は 手当の内容					入院 入院外	入院 入院外
	診療又は 手当の期間	平成・令和 年 月 日より	平成・令和 年 月 日まで	日間	診療又は手当に 要した費用の額	円	
	療養の給付を受けることの 出来なかった理由						
	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)						
	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