

# 記入例

療養費支給決定並びに支払伺					取得年月日	
支給金額	金	円	常務理事	事務長	担当者	年 月 日
支給期間	自	年 月 日				喪失年月日
	至	年 月 日				年 月 日

## 健康保険（被保険者・**家族**） 療養費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	〇—〇〇〇〇	② 事業所の名称	(株)大垣共立銀行		
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎	続柄	⑤ 生年月日	⑤ 業務上・外 第三者行為の有無	
			長男	2009年5月15日	業務上・第三者行為・ <b>その他</b>	
	傷病名	右足関節捻挫		④ 負傷年月日	2022年 11月 11日	
	発病または負傷の原因	公園で遊んでいる時に遊具につまずき転倒した。				
	受診するまでの傷病の経過	当日は冷却しながら様子を見ていたが、翌日腫れてきて痛みを訴えた。				
	病院名	〇〇整形外科		⑧ 診療した医師の氏名	〇〇 〇〇	
	診療の内容	触診・レントゲン撮影・投薬				
	診療期間	2022年11月12日から		受診日数	金額	7,860 円
		2022年11月28日まで		3日		
療養費申請の理由 (該当数字に○をする)	① 装具の製作を業者に依頼したため					
	2. 健康保険証不携帯で全額を負担したため					
	3. その他 ( )					
上記の通り療養費の支給を申請します。なお、支給決定額は給与振込口座（または加入時届出口座）に振込願います。						
2023年1月16日 被保険者 住所 大垣市〇〇町〇〇						
氏名 健保 一郎 (印)						

※添付書類 治療用装具の場合…装具の作成指示書・領収書

(2023.3)

医療費の場合…領収書・診療明細書

添付書類はすべて原本を送付してください