

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家族

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被保険者証の記号と番号	記号 ○○	被保険者氏名	健 保 太 郎		
	番号 ○○○○				
事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社 ○○○駅		赤字で記入している箇所をすべて記入してください。 (不明な箇所があれば空白で結構です。)		
被保険者の郵便番号と現住所	〒 ○○○-○○○ ○○市○○○区○○○丁目○-○○				
家族療養費の申請の場合は、療養を受けた被扶養者の氏名等	(カガ) ケン ボ ハナ コ 氏 名 健 保 花 子	昭和 平成 令和	年 月 日 △ △ △ △ △ △	被保険者との続柄	妻
傷病名および傷病の経過	病名 右足首捻挫	発病の原因 (原因が不明の場合は不詳とご記入ください)	発病の年月日		
		負傷(カ)は第三者の行為によるものですか	はい (別途「負傷届：第三者行為用」を提出してください) ・ いいえ (下欄に記入してください)		
負傷(カ)の原因・状況	(いつ) 平成・令和 1年 6月 10日	(どこで) ○○○百貨店	(何をしていたときか)	ア. 私用中 イ. 仕事中 ウ. 通勤中 エ. その他 (負傷した原因) (子供を抱え歩いている際、階段で足を滑らせ負傷した)	
診療又は手当の期間	平成・令和 1年 6月 11日から 平成・令和 1年 6月 11日まで	1 日間	コルセット等を装着した場合は装着した年月日	平成・令和 年 月 日装着	
診療又は手当を受けた医療機関の名称等	名称 ○○○○整形外科	医師の氏名 ○○ ○○	所在地 ○○市○○○区○○○町○○	診療等に要した金額	6,000円
療養の給付を受けることができなかった理由	ア. 自費で受診 (国内・海外) イ. 治療用装具の装着 ウ. 他制度で受診	(やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由) 自宅に保険証を保管していて、病院で提示出来なかった			
任意継続及び退職者は振込を希望する金融機関名と電話番号と預金口座番号	金融機関名 (郵便局は除く)	支店名			
	□座名義人 (カタカナ)	普・当 □座番号			
	□座名義人電話番号 ( )	任意継続及び退職者の方は振込先を記入してください。			

(注) ・コルセット等装具装着の場合は、医師の意見書・装着証明書及び領収書を添付してください。  
・自費または他制度で医療機関を受診した場合は、診療報酬明細書及び領収書を添付してください。

## 近畿日本鉄道健康保険組合理事長殿

本件支給決定してよろしいか			治療用装具、立替払等	¥	支給
常務理事	事務長	係	令和		
			自 年 月 日から		
			令和 日分		
			至 年 月 日まで		