



健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
 家 族

被保険者氏名

申請 内 容	①受診者	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.家族(被扶養者)		
	①-1家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	②傷病名		③ 発病または 負傷年月日	平成 年 月 日
	④発病の原因および経過 (詳しく)	原因および経過 ( )		
	⑤診療を受けた医療機関・薬局の	名 称	所在地	診療した医師の氏名
		名 称	所在地	診療した医師の氏名
	⑥診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	から	(平成) 年 月 日 まで 日間
	⑥-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日	から	(平成) 年 月 日 まで 日間
⑦診療に要した費用の額	_____ 円			
⑧診療内容				
⑨療養費の支給申請の理由	※該当する理由の番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1.入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2.緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3.誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4.治療用装具を作成したため 9.その他 ( )			