

被保険者
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

(回目)

										年 月 日 提出		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号・番号		記号	被保険者氏名								
			番号									
	社員番号		事業所の 名 称									
	申請が被扶養者に 関するときはその者の 氏名			生年月 日			昭和 平成 令和	年 月 日		被保険者 との続柄		
	傷 病 名							発病又は負傷の 年 月 日		年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病又は 負傷の原因											
	傷病の経過											
	診療を受けた 病院等の名称・住 所		名 称						診療に従事し た医師の	氏 名		
			住所									
	診療の内容							診療に要した 費 用 の 額		円		
診療の期間		自	年 月 日		日間	入院の場合 入院期間						
		至	年 月 日			年 月 日 (日間)						
療養の給付を受け ることできなかった 理由		1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 4. その他 2. 資格確認書や保険証を持参できなかったため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため ()										
第三者の行為によ って負傷したも のであるか否か		ある ・ ない		その事実の届出の有無		ある ・ ない						
				第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)								
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 〒 ー ー 住所 被保険者 電話 (申請者) 氏名 デル健康保険組合理事長殿												

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		
	年 月 日 被保険者 (請求者)		

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。		
	銀 行		本 店
	信用金庫		支 店
	普通 ・ 当座		
支店番号		口 座 番 号	名義人(フリガナ)

*療養費支給申請書は、月毎、医療機関(病院・薬局)毎、入院・外来に分けてご記入ください。
〔添付書類〕*添付書類は、全て**原本**を提出してください。

受付日付印

- ・診療報酬明細書または調剤報酬明細書
- ・領収書