

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(回目)

2019年 5月 10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 1 番号 1234	被保険者氏名 健保 太郎	
	社員番号	123456	事業所の 名称 デル・テクノロジー株式会社	
	申請が被扶養者に 関するときはその者の 氏名	健保 花子	生年月 日 昭和 平成 令和 2 年 4 月 5 日	被保険者 との続柄 妻
	傷病名	左上腕骨折	発病又は負傷の 年月日 2019年 4月 2日 (負傷の場合は 14 時頃)	
	発病又は 負傷の原因	自宅階段でつまづき転倒した。		
	傷病の経過	近くの病院で処置を受ける。		
	診療を受けた 病院等の名称・住 所	名称 〇〇〇医院 住所 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-5-5	診療に従事し た医師の 氏名 健康 一郎	
	診療の内容	外科処置	診療に要した 費用の額 28,000 円	
	診療の期間	自 2019 年 4 月 2 日 至 2019 年 4 月 2 日	日間 年 月 日 年 月 日	入院の場合 入院期間 (日間)
	療養の給付を受 けることができな 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 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 4. その他		
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 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	ある ・ ない	
上記のとおり申請いたします。 〒 151-0051 住所 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1-1-1 被保険者(申請者) 電話 03-1234-5678 氏名 健保 太郎 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。 2019年 5月 10日 被保険者 (請求者) 健保 太郎
-------------	--

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 信用金庫	本店 支店	普通 ・ 当座
	支店番号	口座番号	名義人(ワガタ)

*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。

- ・診療報酬明細書または調剤報酬明細書
- ・領収書

受付日付印

デル健康保険組合