

被保険者
家 族

療養費支給申請書

保険証の記号・番号を記入

被保険者証の記号・番号	記号 11 番号 123456
被保険者の住所	ご自身の住所を記入
傷病名	証明書に記載されている傷病名を記入
発病または負傷の原因	業務上・業務外 → (原因: いつ、何処で、何をしていたかが分かるよう記入)
発病または負傷の年月日	平成・令和 元年 5月 1日
傷病の経過	現状を記入 (例: 固定具にて1ヶ月固定。加療中。)
診療の内容及び期間	受けている診療の内容、期間を記入 (例: 装具装着、リハビリ中)
診療に要した費用	領収書の金額を記入 円
療養の給付を受けることができなかった理由	業者に装具の作成を依頼した為・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	ない・ある → 第三者の行為による傷病発生届を提出すること
医療機関等の名称、所在地並びに医師等の氏名	証明書を発行した医療機関の名称、所在地、医師の氏名を記入
申請が被扶養者のとき	
被扶養者氏名	日特 花子 被保険者との続柄 (妻)
被扶養者生年月日	昭和・平成・令和 51年 11月 25日生
上記のとおり請求いたします。また、給付金の受領を下記の事業主に委任いたします。	
会社名	日本特殊陶業株式会社
所属	内線 (801 - 2281)
令和 元年 5月 5日	被保険者氏名 日特 太郎
日本特殊陶業健康保険組合 御中	
住所	名古屋市瑞穂区高辻町14-18
事業主名	日本特殊陶業株式会社
担当部署	労務部労務厚生課

ご自身の所属部署名をご記入ください

事業主名(提出先)をご記入ください

※締切は毎月20日(健保必着)、翌月の給与に振込みます(任継・退職者は翌月末口座振込み)。
※申請内容によって、添付書類が変わります。

【治療用装具作成による申請】

領収書、医師の証明書、作成した装具の写真3枚(全体を撮影したもの1枚、それぞれ違う角度から撮影したもの2枚)

【立替払いによる申請】

診療報酬明細書、領収書

受付	支給額	審査	係	事務長	常務理事	理事長	支払
	¥						
	¥						

*「日特健保プラパシホリ」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。

R3.2