

療養費支給申請書

きんでん健康保険組合理事長 殿

請求 年月日	年 月 日
-----------	-------

被 保 険 者 （ 本 人 ） 請 求	被保険者証の	記号 番号		氏 名	(年 月 日生)	⑩	
	住 所	(郵便が届くように書いて下さい) 〒(-)					
	所 属 事 業 所	(会社名)		(室・部・支店(社))		(課・所)	
	傷 病 名				発病又は 負傷の 年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷の 原 因	(怪我の場合、外傷届も提出すること)			傷 病 の 経 過		
	療養費の 支給申請 の 理 由				診療(手当) を受けた 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	診療(手当)を受け た病院(医師)等の	住 所 (所在地)				病院の 名 称	
	診療(手当) の 内 容				診療(手当) に 要 した 費 用	円	
	業務上もしくは 通勤途上での 傷病ですか？	() はい () いいえ	第三者による 傷病ですか？ (交通事故や喧嘩等)		() はい () いいえ	→(はい)の場合は「第三者行為 による傷病届」を提出すること	
	委 任 状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 療養費 の受領を委任します。 年 月 日 被保険者 氏 名 ⑩					
請求が退職後または任意継続 特例退職被保険者の場合		支払希望の 銀 行 名	銀 行		支 店	普通 No.	

組 合 処 理	支 給 決 定 額		常務理事	事務長	係	係	係	資格照合	入力日
	円								
	資格取得日	年 月 日	備 考						
	資格喪失日	年 月 日							

被保険者のマイナンバー記載欄 (記号・番号を記入した場合は記入不要)									
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 被保険者へのご注意

1. この申請書には、診療(手当)に要した費用の証拠書類(診療の内訳を記入したもの)を必ず添付して下さい。
2. コルセット等の装具については、医師の意見書、装具装着証明書を提出してください。

