

支給 決定 議書	同年月日	令和	年	月	日	常务理事	事務長	課長	担当											
	支払年月日	令和	年	月	日															
	支給額		拾万	万	千	百	拾	円												
	支給内訳	決定	款	項	目	拾万	万	千	百	拾	円	資格	得	年	月	日	療養	始	年	月
	付加										喪	年	月	日	終	年	月	日		

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

※記号番号を記載した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		マイナンバー記載欄 (※)										生年月日						
	-												5	昭	年		月		日
	被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ)										印	名 称						
													所在地						
	被保険者の (申請者) 住 所	郵便番号		(フリガナ)										(電話番号)					
														()					
	療養が被扶養者に関するときは、その者の	氏名											生年月日	昭 平 成 令 和	年	月	日生	被保険者 との続柄	
	傷病名											発病又は負傷年月日 (療養開始日)							
												年	月	日					
	傷病の原因及び経過、傷病の原因は？	(いつ：日時) (どこで：場所)																	
	(どのように：状況原因)																		
	①勤務時間中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										②通勤途上ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			③第三者加害ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (交通事故など)					
診療を受けた病院等	名 称											診療した医師氏名							
	所在地																		
診療の期間 (支給期間)	自	年	月	日	日数	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用の額									
	至	年	月	日		0：入院外 1：入院	自	年	月	日	日間	円							
診療の内容											療養の給付を受けることができなかった理由 ※該当に○をして下さい			1. 自費診療 (自費となった理由：) 2. はり・灸・マッサージ 3. 治療用装具作成 4. 以前加入先健保喪失受診分 5. その他 ()					

受 取 代 理 人 の 欄	上記に関する請求金の受領を下記代理人に委任します。									
	令和 年 月 日 住 所 (被保険者) 氏 名 印 所在地 (代理人) 名 称 氏 名 印									

※任意継続被保険者の方のみご記入下さい。(支払金融機関の欄)

令和 年 月 日提出

支 払 金 融 機 関 の 欄	預金種別	1：普通 2：当座 3：通知 4：別段	銀行 金庫 農協	本店 支店
	口座番号	口座名義		

受 付 日 付 印

《提出先》	日本マクドナルド(株)	本人 → SATO社会保険労務士法人 → 健康保険組合
	フランチャイズ	本人 → フランチャイズ会社 → 健康保険組合
	任意継続者	本人 → 健康保険組合