

記入見本

和 年 月 日 庶務理事 事務長 課長 担当

支
払
給
決
議
書

療養費①（自費診療、保険証不携帯等）

本人が記入するところ及び捺印箇所は、2箇所です。

- (1) 被保険者が記入するところ（全て記入）
- (2) 受取代理人の欄（被保険者）

健康保険被保険者家族療養費支給申請書（第 回目）
（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。

被保険者証の記号・番号	1-12345	マイナンバー記載欄（※）	捺印をお忘れなく		⑤	昭和	年	月	日	0	1	0	1				
被保険者の（申請者）氏名と印	フリガナ マクド太郎	氏名	幕戸太郎		⑥	幕戸	太郎	（会社名）	（会社の住所）								
被保険者の（申請者）住所	郵便番号	163-0002	3	（フリガナ）	トウキョウトシンジュクニシシジュク		（電話番号）		東京都新宿区西新宿1-2-3 03 (1234) 5678								
療養が被扶養者に関するときは、その者の	氏名	幕戸成人		生年月日	昭和	平成	〇〇	年	1	月	1	日	生	被保険者との続柄	長男		
傷病名	骨折		発病又は負傷年月日（療養開始日）		〇	〇	〇	2	1	4							
傷病の原因及び経過、傷病の原因は？	(いつ：日時) 〇〇年2月14日		(どこで：場所) 公園		(どのように：状況原因) 転んだ												
①勤務時間中ですか	<input type="checkbox"/> はい		②通勤途上ですか		<input type="checkbox"/> はい		③第三者加害ですか		<input type="checkbox"/> はい								
	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		(交通事故など)		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ								
診療を受けた病院等	名称	〇〇病院		診療した医師氏名	〇〇医師												
	所在地	東京都渋谷区代々木1-1-1															
診療の期間（支給期間）	自	〇	〇	〇	2	2	8	日数	入院・入院外の別	〇	入院外	1	入院	入院の場合左記の入院期間	診療に要した費用の額	3,420	円
診療の内容	骨折に対する治療、投薬		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： 保険証不携帯のため) 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 〇〇年 3月 14日	住所	東京都新宿区西新宿1-2-3		捺印をお忘れなく
	(被保険者) 氏名	幕戸太郎		⑦	幕戸
	(代理人) 名称	社 判		⑧	社 判
	氏名			事業主が押印します。	

※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 〇〇年 3月 20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