

記入見本

令和 年 月 日 常務理事 事務長 課長 担当

支
払
給

決
議
書

療養費②（以前加入先の保険証を使用した時）

- 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 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	昭平	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	幕戸太郎	幕戸	事業所の所在地	(会社名)	(会社の住所)																
被保険者の(申請者)住所	郵便番号	163-0023	(フリガナ) トウキョウトシンジュクニシシジユク	(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	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)		〇〇年〇2月14日											
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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		②通勤途中ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		③第三者加害ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (交通事故など)																	
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	年	〇2	月	28	日	日数	入院・入院外の別	自	〇	年	〇2	月	28	日	〇	日	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
	至	〇〇	年	〇2	月	28	日	1	〇:入院外 1:入院	至	〇	年	〇2	月	28	日	〇	日	日間			
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:) 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 ()																					

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 8月 14日

住所 東京都新宿区西新宿1-2-3
(被保険者) 氏名 幕戸太郎 幕戸印

所在地 (代理人) 名称 社判 社印

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 8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