

記入見本

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 常務理事 事務長 課長 担当

支  
払  
給  
  
決  
議  
書

療養費③ (装具作成)

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 〇 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 7	昭平	〇	〇	〇	1	〇	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	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
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ュク	東京都新宿区西新宿 1-2-3		03 (1234)		5678		(電話番号)		
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	〇〇	年	1	月	1	日	生	被保険者との続柄	
傷病名	骨折		平成	〇〇	年	1	月	1	日	生	長男	
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		発病又は負傷年月日 (療養開始日)		〇〇		〇〇		
	(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通勤途中ですか	<input type="checkbox"/> はい	③第三者加害ですか	<input type="checkbox"/> はい	(交通事故など)		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<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	年	〇	月	2	日	28	日	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間	
	至	〇〇	年	〇	月	2	日	28	日	①:入院外 ②:入院	診療に要した費用の額	
											3,420 円	
診療の内容	治療をする為、医師の指示で装具作成		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 〇〇 年 3 月 14 日  
 (被保険者) 住所 東京都新宿区西新宿 1-2-3  
 氏名 幕戸太郎  
 (代理人) 名称 社 判  
 氏名 社 判

捺印をお忘れなく  
 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