

支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定年月日	年	月	日	
				資格照合	取得	年	月	日
					喪失	年	月	日
	支給期間	年 月 日から (支給日数) 年 月 日まで			支給決定額	円		
算出基礎				備考				

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家 族

年 月 日

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者 の氏名	(フリガナ)	印		
	事業所の名称							
	被保険者 の住所	〒 _____ 電話 (_____) _____						
	療養または 手当等を受けた 者の氏名等	氏名	生年 月日	年 月 日	被保険者 との続柄			
	傷病名				発病または 負傷の年月日	年 月 日	(時 分頃)	
	発病または 負傷の原因				1. 私用中 2. 勤務中 3. 通勤途中 4. その他 (_____)			
	傷病の経過				負傷は第三者の行為 によるものですか	1. はい 2. いいえ		
	診療または 手当等を受けた 医療機関 等の名称等	名称				医師等の氏名		
		所在地						
	診療または 手当の期間	年 月 日から	年 月 日まで	受診 日数	日	入院・入 院外の別	1. 入院 2. 入院外	
	診療または 手当の内容				療養に要した 費用・治療用 装具等の代金	円		
	療養の給付を受 けることができ なかった理由							

(添付書類)

- やむを得ない理由で療養の給付を受けることができなかった場合には、「領収(診療)明細書」または「診療報酬明細書の写と領収書の原本」を添付してください。
- コルセット等治療用装具を購入した場合の申請のときは、「医師の意見(同意)書」と「領収書」(それぞれ原本)を添付してください。
- はり・きゅう・あんま・マッサージで施術を受けた場合の申請のときは、「医師の意見(同意)書」と「領収書」および「領収書の内訳明細書」(または「施術機関が発行する療養費支給申請書等」)(いずれも原本)を添付してください。

受 付 印