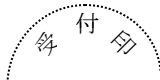


療養費支給申請書（自費診療）【記入見本】



健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被扶養者

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

令和 1 年 6 月 20 日

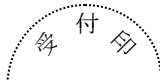
被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証の記号と番号	30	200000	事業所の名称	ミニストップ(株)	部・室店名	川口店	
	被保険者の氏名	田中 二郎		被保険者の住所	〒 333 - 0000 埼玉県川口市〇〇町1-2-2			
	生年月日	昭平 50 年 4 月 1 日	日生		TEL 〇〇〇(222) × × × ×			
	申請が被扶養者に関するときはその者の氏名			被扶養者の生年月日	初 続柄			
	傷病名	気管支炎		第三者行	よるものですか？			
	発病又は負傷の原因および経過	(いつ)		平・令 1 年 6 月 2 日	午前・午後	2 時頃		
		(どこで)		外出先にて				
		(何をしていた)		不詳				
	診療を受けた病院	名称	〇〇病院		診療した医師氏名	△△ 〇〇		
		所在地	東京都千代田区神田〇〇町5-5-5					
診療の期間	内容	入院・通院 (どちらかに○)		装具装着日(領収書発行日)	診療に要した費用の額			
	期間	平・令 1 年 6 月 2 日	1日間	平・令 年 月 日	10,000 円 (別紙証拠書類のとおり)			
送金銀行	みずほ 銀行 信金		神田 本店 支店	口座番号	1234567		フリガナ 口座名義 タナカ ジロウ 田中 二郎	
※1) 在籍者は、原則として給与口座(ゆうちょ銀行不可)をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。 ※2) この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。								
委 任 状	イオン健康保険組合 理事長 殿			令和 年 月 日				
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			※シャチハタ印は使用しないで下さい。				
組 合 処 理 欄	査 定	支給決定		支給決定		台帳照会		
	決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	支給決定通知	出納日印	
令和						令和		

健康保険組合よりお電話やお手紙等でご連絡をさせて頂く場合、連絡が取れるようご記入下さい。

ゆうちょ銀行不可

保険証が手元になかった為

療養費支給申請書（装具）【記入見本】



健康保険 被保険者 療養費支給申請書
~~被扶養者~~

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

令和 1 年 6 月 20 日

被保険者証の記号と番号	30	200000	事業所の名称	ミニストップ(株)	部・室店名	川口店
被保険者の氏名	田中 二郎		被保険者の住所	〒 333 - 0000 埼玉県川口市〇〇町1-2-2		
日	昭	平 50 年 4 月 1 日	日生	TEL 〇〇〇(222) × × ×		
申請に関するその者の氏名	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日	健康保険組合よりお電話やお手紙等でご連絡をさせて頂く場合、連絡が取れるようご記入下さい。		
傷病名	靱帯損傷		第三者行為によるものですか?	いいえ ・ はい		
発病又は負傷の原因および経過	(いつ) 平・令 1 年 6 月 2 日		午前・午後	午後 2 時頃		
	(どこで) 〇〇テニスコート					
	(何をしていた) テニスをしていて転倒					
			業務(通勤)中ですか?	いいえ ・ はい		
診療を受けた等	名称	〇〇病院		診療した医師氏名	△△ 〇〇	
	所在地	東京都千代田区〇〇町5-5-5				
診療の期間	内容	入院・通院 (どこ)	装具装着日(領収書発行日)	診療に要した費用の額		
		平・令 年 月 日	平・令 1 年 6 月 10 日	20,000 円		
		平・令 年 月 日		(別紙証拠書類のとおり)		
送金銀行	みずほ 銀行 信金		本店支店	口座番号	フリガナ	タナカ ジロウ
			神田	1234567	口座名義	田中 二郎
※1) 在籍者は、原則として給与口座(ゆうちょ銀行不可)をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。						
※2) この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。						
委任状	イオン健康保険組合 理事長 殿			令和 年 月 日		
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※シャチハタ印は使用しないで下さい。					
	被保険者の住所	〒	被保険者の氏名と印	印		
	代理人の住所	〒	代理人の氏名と印	印 被保険者との関係		
組合処理欄	査定	支給額		¥	台帳照会	
					被保険者	取得
					被扶養者	喪失
						認定
						取消
	支給決定		支給決定通知			
	決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	出納日印
	令和					令和

骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等外傷性の場合には負傷届けを添付して下さい。

健康保険組合よりお電話やお手紙等でご連絡をさせて頂く場合、連絡が取れるようご記入下さい。

領収書発行日を記載して下さい。

ゆうちょ銀行不可

装具を作成した為