決裁年月日	令和　　年　　月　　日
支給額	総支給　　円 法定　　円 付加
組合処理欄 保険者決定 自己負担額	×　　＝ －　　＝

支給支払決議書			
常務理事	事務長	会計	扱者

健保処理欄

資格取得	年　月　日
資格喪失	年　月　日
療養の期間	年　月　日 年　月　日

〔注意事項〕
①保険証不携帯で受診し、医療費の立替払いをしたときは、「診療内容明細書」、「領収書」の原本を添付してください。
②義肢、コルセット等の治療用装具に関する申請のときは、「装着が傷病のため必要と認められる医療担当者の証明書」、「領収書」の原本、「装具現物の写真」を添付してください。

☑外来　□入院　　□被保険者　☑家族

療養費支給申請書

（第　　回目）

被保険者証の記号・番号	第　※保険証に記載されています　号	事業所の名称と所在地	㈱トーエネック○○支店○○営業所		
傷病名	椎間板ヘルニア	発病又は負傷の年月日	令和　○○年○○月○○日 （負傷の場合は　　時頃）不詳		
発病または負傷の原因	不詳				
傷病の経過	治療により改善がみられる				
診療を受けた病院の	名称	健康保険病院	医師名	健康　一朗	
	住所	名古屋市中区○△－△－△			
診療又は手当の内容	装具による療養				
診療又は手当	自　○○年　○○月　○○日 至　　年　　月　　日　　日間	診療に要した費用の額	金　２５，０００　円		
コルセット作成日	令和　○○　年　○○　月　○○　日				
療養の給付を受けることができな	装具の作成を業者に依頼した為				
第三者行為によって負傷したも	ある ない	第三者行為による負傷の場合の届出の有無	ある ない	加害者の氏名 加害者の住所	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	健康　花子	生年月日	昭和 平成 令和　○○年　○○月　○○日	被保険者との続柄　妻

上記のとおり申請します。

令和　○○　年　○○月　○○日
※日付は必ず記入してください

被保険者　住所　名古屋市○区△△町４－３３
氏名　健康　太郎

委任状	
	私は　　を代理人と定め、令和　　年　月　日に請求した療養費（家族療養費）及び同付加金、金　　円也を受領方に委任します。　令和　　年　月　日
	被保険者　住所　名古屋市○区△△町４－３３ 氏名　健康　太郎
	代理人　住所 氏名　事業主の証明が必要です

在職中の方へは事業主を通じてお支払いたしますので委任状欄へ署名いただき、事業主へ提出してください。

特例・任継の方へは、登録の口座へお振込みいたしますので、委任状の記入は不要です。

受付日付印