

※組合記入欄	支給額	円	資格取得	昭・平・令 年 月 日	前資格取得・喪失( - )
	算出基礎		資格喪失	平・令 年 月 日	年 月 日
			扶養認定	昭・平・令 年 月 日	取得
	支給期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 日間	支給事由	装具・他制度受診・自費(国内)・自費(海外) 眼鏡	
備考					

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

◎記入するときは、裏面の注意事項をよく読んで誤りのないようして下さい。

① 被保険者証の記号・番号	123 - 45	② 事業所の名称	〇〇〇株式会社	
③ 被保険者の氏名	健保 太郎		④ 被保険者の生年月日	昭・平・令 54年 1月 23日
⑤ 被保険者の住所・電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市西区〇〇町1-3-5 電話 06 ( 〇〇〇〇 ) 0215			
⑥ 受療者が被扶養者に関するときはその者の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄
⑦ 傷病名及び傷病の経過	⑧ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか	⑨ 負傷(ケガ)の原因・状況		
腰椎捻挫	はい <input checked="" type="checkbox"/> ケガ⇒ 病気⇒	はい <input type="checkbox"/> (別途「負傷届」を提出して下さい) いいえ <input checked="" type="checkbox"/> (右欄に記入して下さい)	(いつ) 元年 5月 6日 20時 30分頃 (どこで) 自宅 (何をしていた、どう負傷したか) 重い物を持ち上げたとき、ギクッとなった。	
⑩ 発病の原因	発病の年月日			
⑪ 診療又は手当の期間	⑫ 装具等を装着した場合は装着した年月日			
平・令 元年 5月 7日から 平・令 年 月 日まで	1 日間	平・令 元年 5月 7日装着		
⑬ 診療に要した金額・装具等の代金	⑭ 診療又は手当を受けた医療機関の名称等			
10,000 円	(名称) 〇〇病院 (所在地) 〇〇市〇〇町〇-〇-〇	(医師の氏名) 〇〇 〇〇		
⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由	ア、治療用装具の装着 イ、他の健康保険で受診 ウ、自費で受診 (やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由)			
⑯ 振込先金融機関	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	口座預金種別 普通貯蓄当座別段 預金口座番号	預金口座名義人の氏名 フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎
〇〇	〇〇	〇〇	〇〇〇〇〇〇	
受取代理人の欄	⑰ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。			
	令和 年 月 日	被保険者の住所 氏名		
	代理人の氏名	被保険者との関係	代理人の住所・電話番号等	
			〒 電話 ( )	