

|       |          |
|-------|----------|
| 受付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 同年月日  | 令和 年 月 日 |
| 決裁年月日 | 令和 年 月 日 |
| 支給額   | 円        |

|      |                                |
|------|--------------------------------|
| 支給期間 | 自 令和 年 月 日<br>至 令和 年 月 日<br>日間 |
|------|--------------------------------|

|         |              |  |     |
|---------|--------------|--|-----|
| 支給支払決議書 |              |  |     |
| 常務理事    | 事務長          |  | 担当者 |
|         |              |  |     |
| 資格取得    | 昭・平・令和 年 月 日 |  |     |
| 資格喪失    | 令和 年 月 日     |  |     |
| 支払年月日   | 令和 年 月 日     |  |     |

療養費支給申請書

(第 1 回目)

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

|                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                  |                     |           |                                   |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|-----------------------------------|----------|
| 被保険者証の記号・番号                                                                                | 10<br>第 1234 号                                                                                                                                                                                                                   | 被保険者が勤務する(していた)事業所の | 名称        | 株式会社 オリジン                         |          |
| 傷病名                                                                                        | インフルエンザ                                                                                                                                                                                                                          |                     | 所在地       | 埼玉県さいたま市桜区栄和 3-3-27               |          |
| 発病又は負傷の原因                                                                                  | 不詳                                                                                                                                                                                                                               |                     | 発病又は負傷の年月 | 令和 5 年 4 月 3 日                    |          |
| 傷病の経過                                                                                      | 2 日夜から発熱、3 日に受診し服薬加療し 7 日には良好に回復                                                                                                                                                                                                 |                     |           |                                   |          |
| 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名                                                               | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                            | 〇〇病院                | 所在地及び電話番号 | 東京都〇〇区××1-2-3<br>03 ( ×××× ) ×××× |          |
| 診療又は手当の内容                                                                                  | 医師の氏名                                                                                                                                                                                                                            | 〇〇〇〇                | 入院期間      | 自 令和 年 月 日<br>至 令和 年 月 日          |          |
| 診療又は手当を受けた期間                                                                               | 自 令和 5 年 4 月 3 日<br>至 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                   | 1 日間                | コルセット装着日  | 令和 年 月 日                          |          |
| 療養の給付又は家族療養費等の支給を受けることができなかった理由                                                            | 健康保険証不携帯により全額自費精算となったため                                                                                                                                                                                                          |                     |           |                                   |          |
| 被扶養者に関する申請のとき                                                                              | 氏名                                                                                                                                                                                                                               |                     | 生年月日      | 昭 令和 年 月 日<br>平                   | 被保険者との続柄 |
| 受取代理人を指定する場合                                                                               | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日<br>申請者住所・氏名..... 委任者と代理人との関係<br>代理人住所・氏名..... ( )                                                                                                                                        |                     |           |                                   |          |
| 振り込み希望の銀行名・口座番号                                                                            | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。<br>(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)<br>〇〇 銀行 △△ 支店 普通預金 口座番号 1234567<br>注) マイナポータルの口座情報の反映には登録から数日を要します。<br>また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 |                     |           |                                   |          |
| 上記のとおり申請します。<br>令和 5 年 4 月 20 日<br>住所 埼玉県さいたま市△△△ ○-○-○<br>被保険者の氏名 健保 太郎<br>オリジン健康保険組合理事長殿 |                                                                                                                                                                                                                                  |                     |           |                                   |          |