

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 1 回目)  
 家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 の 申 請 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者の 記号 1 2 3 番号 5 6 7		② 被保険者の (申請者) 氏名と印 ケンポ タロウ 健保 太郎 (健保印)		③ 生年月日 昭和・平成 40 年 5 月 23 日	
	④ 事業所の 名称 △△ガラス株式会社		所在地 東京都〇〇区×× 1 - 2 - 3		☎ 03 - 3456 - 6789	
	⑤ 被保険者の (申請者) 住所 郵便番号 1 2 3 - 4 5 6 7		(フリガナ) 東京都〇〇区×× 1 - 2 - 3 - 401		日中の連絡先 ☎ 03 - 1234 - 5678	
	⑥ 療養が被扶養者 に関するときは 氏名 健保 保		生年月日 昭和(平成) 25 年 4 月 16 日		被保険者 との続柄 次男	
	⑦ 傷病名 感冒		⑧ 発病又は負 傷の年月日 平成25年7月1日		14 時頃	
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過 咳がひどく、発熱したため、受診した。		⑩ 第三者行為(事故・事件)によるものですか いいえ・はい			
	⑪ 診療を受けた病院 名称 〇〇総合病院		所在地 東京都〇〇区×× 3 - 4 - 5		診療した医師氏名 保険 △子	
	⑫ 診療の期間 (支給期間) 又は装具装着日 自 年 月 日 日数 25 7 1 1 至 年 月 日 日数 25 7 1 1 装着日 年 月 日		⑬ 入院・入院 外の別 ・入院 ・入院外		⑭ 入院の場合左記の入院期間 自 平成 年 月 日 日間 至 平成 年 月 日 日間	
	⑮ 診療に要した費用の額 5,300 円		⑯ 診療の内容 点滴を受けた		⑰ 療養の給付を受けること ができなかった理由 入社して間もなく、被保険者証が届いてい なかったため。	

本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。

平成 25 年 7 月 △ 日

委 任 状 欄	⑱ 被保険者 (申請者)	住所 東京都〇〇区×× 1 - 2 - 3 - 401	氏名 健保 太郎	(健保印)
	⑲ 受任者 (事業主)	住所 東京都〇〇区×× 1 - 2 - 3	事業所名 △△ガラス株式会社	氏名 代表取締役 ○山 △男

組合へ届出している  
振込口座名義人の印  
を押印してください。

(受任者印)

全国硝子業健康保険組合

⑳ 振込希望の金融機関(退職後の受給者のみ)

フリガナ	フリガナ	支店番号
銀行名	支店名	
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義		

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 1 回目)  
 (立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 の 申 請 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者の 記号 1 2 3 番号 5 6 7		② 被保険者の (申請者) 氏名と印 ケンポ タロウ 健保 太郎	③ 生年月日 昭和・平成 40 年 5 月 23 日	
	④ 事業所の 名称 △△ガラス株式会社		所在地 東京都〇〇区×× 1 - 2 - 3 ☎ 03 - 3456 - 6789		
	⑤ 被保険者の (申請者) 住所 郵便番号 1 2 3 - 4 5 6 7 (フリガナ) 東京都〇〇区×× 1 - 2 - 3 - 401		日中の連絡先 ☎ 03 - 1234 - 5678		
	⑥ 療養が被扶養者 に関するときは 氏名 健保 保 生年月日 昭和(平成) 25 年 4 月 16 日 被保険者 との続柄 次男				
	⑦ 傷病名 左足骨折		⑧ 発病又は負 傷の年月日 平成25年7月1日 14 時頃	負傷の場合は場所... 自宅の階段	
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過 自宅の階段を2階から1階へ下りているときに段を踏み 外し落ちてしまった。		⑩ 第三者行為(事故・事件)によるものですか いいえ・はい		
	⑪ 診療を受けた病院 名称 〇〇総合病院 所在地 東京都〇〇区×× 3 - 4 - 5		診療した医師氏名 保険 △子		
	⑫ 診療の期間 (支給期間) 又は装具装着日 自 年 月 日 日数 至 年 月 日 日数 装着日 25 年 7 月 5 日		⑬ 入院・入院 外の別 ・入院 ・入院外	⑭ 入院の場合左記の入院期間 自 平成 年 月 日 日間 至 平成 年 月 日 日間	⑮ 診療に要した費用の額 36,800 円
	⑯ 診療の内容 診察 レントゲン		⑰ 療養の給付を受けること ができなかった理由 治療用装具作成のため		

本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。

平成 25 年 7 月 △ 日

⑱ 被保険者 (申請者)	住所 東京都〇〇区×× 1 - 2 - 3 - 401 氏名 健保 太郎	健保 印
⑲ 受任者 (事業主)	住所 東京都〇〇区×× 1 - 2 - 3 事業所名 △△ガラス株式会社 氏名 代表取締役 ○山 △男	受任者印 組合へ届出している 振込口座名義人の印 を押印してください。

全国硝子業健康保険組合

⑳ 振込希望の金融機関(退職後の受給者のみ)

フリガナ	フリガナ	支店番号
銀行名	支店名	
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義		

受付日付印