

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（療養一般）

記入例

※ 領収書本通、レセプト、医師の同意書等を添付すること

常務理事	エグゼクティブ	シニアリーダー	リーダー	係

被 保 険 者 記 入 欄		他者によるものか	
被保険者証 記号・番号	1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
資格取得年月日	令和2年 4月 1日		
対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	他者の行為による場合(事故等)	どのような状況で
被扶養者のとき	氏名 生年月日 年 月 日 続柄		
療養給付を受けられなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証がなく10割負担 <input type="checkbox"/> 当健保加入以前の別健保の保険証を使用 <input type="checkbox"/> 海外療養費（海外駐在員と家族帯同を除く） <input type="checkbox"/> その他（ ）	記載内容にて請求します。なお本金額の受領を下記事業主に委任します。 令和5年 10月 28日	
傷 病 名	咽頭炎(風邪)	被保険者 住所	千葉県千葉市千葉1-1-1
発病又は負傷の年月日	令和5年 10月 15日	被保険者氏名	健保 太郎
発病又は負傷原因 (いつ、どこで、どのようにして)	※外傷性の原因の「不詳」は受け付けられません。 10月15日ショッピングで外出、昼頃から咳が出始めて熱気味になり保険証不携帯だったが受診する。	事 業 主 記 入 欄	
入院、通院の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	事業主 名称	日通〇〇運輸株式会社
診療又は手当の期間・日数	令和5年 10月 15日 ~ 年 月 日 (1日間)	事業主 氏名	日通 一郎
傷病の経過及び手当の内容	診察後薬の処方にて翌日には体調は回復した。	N X グループ健康保険組合 記入欄	
診療・手当に要した額	3,450円	整 理 番 号	
診療・手当をした医療機関・医師・歯科医師	住 所	東京中央区日橋1-1-1	決 定
	医療機関名	日本橋病院	
	氏 名	日本橋 太郎	金 額
		内 訳	(数式等)
			円
			法定給付額
			円
			付加支給対象額
			円