

科目	款	項	目
期日			
支給額	円		

承認書	常務理事	事務長	係

資格	得	
	喪	

記入例

被保険者  
療養費・療養付加金支給申請書

( 第 回 )  
被扶養者

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	①被保険者証の記号・番号	記号 ×××	②被保険者の氏名と生年月日	健保 太郎 (印)		
		番号 ○○○○		(生年月日)	昭・平 45年 5月 1日	
	③被保険者の住所	〒 000 - ×××× TEL 0422 - 00 - ×××× 武蔵野市○○○町・・・・				
	④事業所の名称及び所在地	(名称) 横河電機(株)	(所在地) 武蔵野市×××町・・・・			
	⑤被扶養者に関する申請のとき	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成 48年 6月 1日	被保険者との続柄 妻		
	⑥傷病名	風邪	⑦発病又は負傷の年月日	○○年 ×月 ×日		
	⑧発病又は負傷の原因及びその経過	旅行先で急に悪寒がして高熱が出た				
	⑨診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称 ○○病院	医師氏名 ○○○ ××××			
		所在地 武蔵野市×××町・・・・				
	⑩診療の期間	21年 2月 10日から 年 月 日まで		(日数) 1日	⑪入院・外来の別	入院 外来
⑫入院の場合入院期間	平成 年 月 日から 日間		⑬診療に要した費用の額	8,700 円		
⑭診療の内容	診療・投薬治療					
⑮療養の給付を受けることができなかった理由	旅行中で保険証を持っていなかったため		⑯第三者行為によるものですか	はい (いいえ)		
H18.10			⑰	平成 21年 2月 27日	提出	

.....  
受付日付印

※この申請に基づく給付金は事業主を経由し、支給します。  
※支給決定額は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」にてお知らせします。

【収集する個人情報について】  
本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

科目	款	項	目
期日			
支給額	円		

承認書	常務理事	事務長	係

資格	得	
	喪	

記入例

被保険者  
療養費・療養付加金支給申請書

被扶養者 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	①被保険者証の記号・番号	記号 ×××	②被保険者の氏名と生年月日	健保 太郎 (印)		
		番号 ○○○○		(生年月日)	昭・平 45年 5月 1日	
	③被保険者の住所	〒 000 - ×××× TEL 0422 - 00 - ×××× 武蔵野市○○○町・・・・				
	④事業所の名称及び所在地	(名称) 横河電機(株)	(所在地) 武蔵野市×××町・・・・			
	⑤被扶養者に関する申請のとき	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成 48年 6月 1日	被保険者との続柄 妻		
	⑥傷病名	アキレス腱断裂		⑦発病又は負傷の年月日	○○年 ×月 ×日	
	⑧発病又は負傷の原因及びその経過	バレーボール試合中				
	⑨診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称 ○○病院	医師氏名 ○○○ ××××	所在地 武蔵野市×××町・・・・		
	⑩診療の期間	21年 2月 20日から 年 月 日まで			(日数) 1日	⑪入院・外来の別 入院 外来 外来
	⑫入院の場合入院期間	平成 年 月 日から 日間		⑬診療に要した費用の額	27,300 円	
⑭診療の内容	装 具 装 着					
⑮療養の給付を受けることができなかった理由	装具製作所が保険契約なきため		⑯第三者行為によるものですか	はい いいえ		
H18.10			⑰ 平成 21年 3月 5日 提出			

┌───────────┐  
└───────────┘  
受付日付印

※この申請に基づく給付金は事業主を経由し、支給します。  
※支給決定額は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」にてお知らせします。

【収集する個人情報について】  
本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

科目	款	項	目
期日			
支給額	円		

承認書	常務理事	事務長	係

資格	得	
	喪	

記入例

被保険者  
療養費・療養付加金支給申請書

被扶養者 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	①被保険者証の記号・番号	記号 ×××	②被保険者の氏名と生年月日	健保 太郎 (印)		
		番号 ○○○○		(生年月日)	昭・平 45年 5月 1日	
	③被保険者の住所	〒 000 - ×××× TEL 0422 - 00 - ×××× 武蔵野市○○○町・・・・				
	④事業所の名称及び所在地	(名称) 横河電機(株)	(所在地) 武蔵野市×××町・・・・			
	⑤被扶養者に関する申請のとき	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成 48年 6月 1日	被保険者との続柄 妻		
	⑥傷病名	頸腕症候群		⑦発病又は負傷の年月日	○○年 ×月 ×日	
	⑧発病又は負傷の原因及びその経過	原因不明				
	⑨診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称 ○○施術院	医師氏名 ○○○ ××××	所在地 武蔵野市×××町・・・・		
	⑩診療の期間	21年 2月 6日から 年 月 日まで			(日数) 1日	⑪入院・外来の別 入院 外来
	⑫入院の場合入院期間	平成 年 月 日から 日間		⑬診療に要した費用の額	3,170 円	
⑭診療の内容	はり・きゅう併用					
⑮療養の給付を受けることができなかった理由	はり・きゅうの施術は保険契約なきため		⑯第三者行為によるものですか	はい (いいえ)		
H18.10			⑰ 平成 21年 3月 6日 提出			

┌───────────┐  
└───────────┘  
受付日付印

※この申請に基づく給付金は事業主を経由し、支給します。  
※支給決定額は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」にてお知らせします。

【収集する個人情報について】  
本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

科目	款	項	目
期日			
支給額	円		

承認書	常務理事	事務長	係

資格	得	
	喪	

記入例

被保険者  
**療養費・療養付加金支給申請書**  
 被扶養者 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	①被保険者証の記号・番号	記号 ×××	②被保険者の氏名と生年月日	健保 太郎 (印)		
		番号 ○○○○		(生年月日)	昭・平	45年5月1日
	③被保険者の住所	〒 000 - ××××		TEL 0422 - 00 - ××××		
		武蔵野市○○○町・・・・				
	④事業所の名称及び所在地	(名称)	横河電機(株)	(所在地)	武蔵野市×××町・・・・	
	⑤被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日		被保険者との続柄
		健保 一郎		昭和 平成	15年6月1日	長男
	⑥傷病名	弱視		⑦発病又は負傷の年月日	○○年 × 月 × 日	
	⑧発病又は負傷の原因及びその経過	生まれつき				
	⑨診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称	○○病院	医師氏名	○○○ ××××	
所在地		武蔵野市×××町・・・・				
⑩診療の期間	21年2月16日から 年 月 日まで			(日数)	1日	
⑫入院の場合入院期間	平成 年 月 日から		⑬診療に要した費用の額	29,800 円		
	平成 年 月 日まで					
⑭診療の内容	治療用眼鏡装着					
⑮療養の給付を受けることができなかった理由	眼鏡販売所が保険契約なきため		⑯第三者行為によるものですか	はい	いいえ	
H18.10			⑰ 平成 21年 2月 25日 提出			

┌───────────┐  
 受付日付印

※この申請に基づく給付金は事業主を経由し、支給します。  
 ※支給決定額は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」にてお知らせします。

【収集する個人情報について】  
 本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。