

記入例

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（療養一般）

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

※ 領収書本通、レセプト、医師の同意書等を添付すること

被 保 険 者 記 入 欄			他者によるものか		☐ はい ☒ いいえ	
被保険者等 記号・番号			1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0			
資格取得年月日			令和2年 4月 1日			
対象者			☒ 被保険者 ☐ 被扶養者			
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			☒ 10割負担 ☐ 当健保加入以前の別健保の保険証を使用 ☐ 海外療養費（海外駐在員と家族帯同を除く） ☐ その他（ ）			
傷 病 名			咽頭炎(風邪)			
発病又は負傷の年月日			令和5年 10月 15日			
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。			
入院、通院の別			☐ 入院 ☒ 通院			
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)			
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。			
診療・手当に要した額			3,450円			
診療・手当をした医療機 関、医師・歯科医師 調剤薬局	住 所	東京都中央区日橋 1-1-1				
	医療機関名	日本橋病院				
	氏 名	日本橋 太郎				
委 任 欄						
記載内容にて請求します。なお本請求書の提出及び給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和5年 10月 28日						
被保険者 住所（建物名、部屋番号まで記入） 千葉県千葉市千葉 1-1-1 千葉荘 202号室						
被保険者 氏名（自署）※P C入力の場合、押印要 健保 太郎						
事 業 主 記 入 欄						
内容に相違ないことを証明する。 令和5年 11月 1日						
事業主 名称 日通〇〇運輸株式会社						
事業主 氏名 日通 一郎						
N X グループ健康保険組合 記入欄						
整 理 番 号						
決 定	金 額	(数式等)				
		円				
	内 訳	法定給付額	円			
付加支給対象額		円				

* 学校(高校生以下の方が対象)で負傷し「災害共済給付制度」を利用された場合は「公費医療費助成届」の提出をお願いします。