

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
	日間			

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得日		年 月 日	
資格喪失日		年 月 日	
支給年月日		年 月 日	

☐ 被保険者
☒ 被扶養者

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時は、「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	記号	10	番号	0000	被保険者が勤務 する(していた)事 業所の	名 称	科研製薬株式会社		
						所在地	東京都文京区本駒込2丁目28番8号		
傷 病 名	食中毒					発病又は負 傷の年月日	0000 年 00 月 00 日		
発 病 又 は 負傷の原因	不明								
傷病の経過	腹痛・嘔吐により受診。診療により回復。								
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	名 称	北海道内科クリニック				所在地 及び電 話番号	〒 000 - 0000 TEL 00 - 0000 - 0000		
	氏 名	医師 大輔					北海道虻田郡ニセコ町字富〇見〇〇-〇〇		
診 療 又 は 手 当 の 内 容	診察及び点滴、服薬					入院期間	自	年 月 日	
							至	年 月 日	
						装具装着日	年 月 日		
診療又は手当 を受けた期間	自	0000 年 00 月 00 日	至	0000 年 00 月 00 日	1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	000,000 円	
診療又は手当が被保 険者の選定に係る特 別の病室の提供、そ の他厚生労働大臣が 定める療養を含むとき はその旨									
療養の給付又は特定 療養費もしくは家族療 養費の支給を受けるこ とが出来なかった理由	保険証を携帯せず受診したため								
第三者の行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無	第三者行為で		加害者の氏名		〒 -			
		☐ ある ☒ ない	加害者の住所						
		届 出							
		☐ ある ☒ ない							
被扶養者に関する 申請のとき	氏 名	健保 健太		生年月日	☐ 平成 ☒ 令和	00 年 00 月 00 日	被保険者 との続柄	長男	
振込希望の銀行	銀行 支店 (☐ 普通 ☐ 当座 第 号)								

上記のとおり申請します。

0000 年 00 月 00 日

〒 000 - 0000

住所 東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号〇〇マンション〇〇〇号室

被保険者の

氏名 健保 太郎



(印)

科研製薬健康保険組合 理事長 殿