

※ 本申請書は療養費の支給対象の方が死亡された場合に支給をうけるための用紙です。  
 ※ 申請者とは被保険者であった者の財産の相続人をさし、相続人であることが確認できる戸籍謄本  
 (全部事項証明)・診療報酬明細書・領収書の原本を添付してください。

〈健保記入欄〉

同 年 月 日		年		月		日		資 格 得 喪 前 始 回 終		年 月 日		常 務 理 事	事 務 長	担 当 者				
支 給 額	拾 万	万	千	百	拾	円	年	月	日	年	月				日	年	月	日
	種 目	厚 生 保 険 特 別 会 計			健 康 勘 定 項		保 險 給 付 費 目		保 險 給 付 費									
	初 診	請 求 査 定			種 目 査 査													
	再 診				処 置 及 手 術													
決 議 書	往 診																	
	投 薬				合 計													
	注 射				一 部 負 担 金													

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (その3) (第 回数)

被 保 険 者 が 記 入 する と ころ	(1) 記号・番号	(記号) (番号)	(2) 事業所の 名称と所在地 所属・電話	TEL		
	(3) 傷 病 名			(4) 発病又は負 傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合) 時 分 頃	
	(5) 発 病 又 は 負 傷 の 原 因					
	(6) 傷 病 の 経 過					
	(7) 診 察 を 受 け た 病 院 の	名 称			所 在 地	
	(8) 診 療 に 従 事 し た 医 師 の	氏 名			住 所	
	(9) 診 療 の 内 容					
	(10) 診 療 の 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日	日 間	(11) 診 療 に 要 し た 費 用 の 額	金 円 也
	(12) 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な っ た 理 由					
	(13) 第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た も の で あ る か 否 か	あ る な い	(14) 第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き は	そ の 事 実 と 届 出 の 有 無	あ る ・ な い	
	(15) 被 保 険 者 で あ っ た 者 の	氏 名	生 年 月 日	年 月 日	申 請 者 と の 続 柄	
	(16) 申 請 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き は そ の 者 の	氏 名	生 年 月 日	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	
	上記のとおり申請いたします。					
	年 月 日		住 所 電 話 申 請 者 の 氏 名 生 年 月 日 E S ・ H ・ R 年 月 日			

・記号・番号を記入した場合は不要です。  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

振込 希望 口座	銀行		支店
	預金の種別	普通・当座	号
	フリガナ		
	預金の名義人		

受 付 日 付 印