

<記入例> ※ 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〉															
伺		年		月		日									
支 給 額	拾万	万	千	百	拾	円	資 格 得 喪	年	月	日	常 務 理 事	事 務 長		担 当 者	
							前 回	始	年	月					日
								終	年	月					日
支 払 決 議 書	年度		厚生保険特別会計		記入不要				療給付費						
	種	目	請	求					査	定					
	初	診													
	再	診													
	往	診													
	投	薬													
	注	射					合	計							
							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 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 記号・番号	(記号) 1	(2)事 業 所 の 名称と所在地 所属・電話	三菱UFJニコス株式会社 東京都文京区本郷3-33-5 TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	(3) 傷 病 名	〇〇〇〇〇		(4)発病又は負 傷の年月日	〇〇年 〇月 〇〇日 (負傷の場合は 〇 時頃)		
	(5) 発 病 又 は 負 傷 の 原 因	〇〇〇〇〇〇〇					
	(6) 傷 病 の 経 過	〇〇〇〇〇〇〇					
	(7) 診察を受けた 病 医 院 の	名 称	〇 〇 〇 総合病院	所在地	〇 〇 県 〇 〇 市 〇 〇 町 〇 - 〇 〇		
	(8) 診療に従事し た 医 師 の	氏 名	〇 〇 〇 〇	住 所	〇 〇 県 〇 〇 市 〇 〇 町 〇 - 〇 〇		
	(9) 診 療 の 内 容	〇〇〇〇〇〇〇					
	(10) 診 療 の 期 間	自	〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	〇 日間	(11) 診療に要し た費用の額	金 〇〇,〇〇〇 円也	
	(12) 療養の給付を受 けることができ なかった理由	装具作成のため					
	(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	〇 〇 〇 〇	生年 月日	〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	申請者 との続柄	〇 〇
	(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。						
	〇〇年 〇〇月 〇〇日 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇 電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 申請者の 氏 名 〇 〇 〇 生年月日 S・H・R 〇〇年 〇〇月 〇〇日 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	〇〇〇〇	銀行	〇〇〇〇	支店
	預金の種別	普通	・ 当座	〇〇〇〇〇〇〇〇(号
	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇		
	預金の名義人	〇〇 〇〇		

受 付 日 付 印