

**療養費支給決定決議書**

発議	令和 年 月 日	決議	令和 年 月 日
総支給金額	円		
法定金	円	査定額	円
付加金	円	個人負担額	円
		取得	昭・平・令 年 月 日
		喪失	平・令 年 月 日

被保険者  
家族

**療養費支給申請書**

被保険者証の記号及び番号	記号	番号	会社	
			部署・店舗	
傷病名			発病または負傷年月日	平・令 年 月 日
医療機関名			所在地	
診療期間	平・令 年 月 日	日間	診療に要した費用	円
発病または負傷の原因				
第三者の行為による時はその者の住所・氏名等				
健康保険証が使用できなかった理由	1. 業者に装具を依頼したため 2. その他 ( )			
患者が被扶養者の時はその者の氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄
コルセット・ギブス等治療用装具は	1. 入院中に装着した。 2. 通院中に装着した。 [ どちらでしたか? ○印を打ってください。 ]			
給付金の支払いは、「健保給付金」として翌月の給与の中に合算して支払われます。社員コードのない方は、直接振込みますので振込み先を記入してください。				
振込希望銀行	銀行	支店	当座・普通	口座番号
				名義
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日		〒		
NTPグループ健康保険組合 殿		被保険者住所		
		氏名及び印		

\*. 健康保険証を提示せずに医療機関にかかった場合は、「領収(請求)明細書」の添付が必要です。