

記入例

療養費支給決定決議書

発議	平成 年 月 日	決議	平成 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 年 月 日
		喪失	平成 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	〇〇	番号	〇〇	会社	〇〇〇〇									
					部門	〇〇〇〇									
傷病名	〇〇〇〇				発病または 負傷年月日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日			
医療機関名	〇〇〇病院				所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇									
診療期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇 日間				診療に要 した費用	〇〇〇, 〇〇〇 円									
発病または 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇〇														
第三者の行為に よる時はその者 の住所・氏名等	なし														
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	健保 花子				生年 月日	昭和	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	続柄	妻
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？ 〇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。 <u>社員コード</u> 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	フリガナ	「スタッフ 等 8 から 始まるコ ードの人								
上記のとおり申請します。															
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					〒〇〇〇-〇〇〇〇										
NTPグループ健康保険組合 殿					被保険者住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇										
					氏名及び印 健保 太郎 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。