

同年月日	平成	年	月	日	資格	得	年	月	日	常務理事	事務長	課長		担当者	
支給金額	拾万	万	千	百	拾	円	資	喪	年	月	日				
							格	始	年	月	日				
							前	終	年	月	日				
支給決議書	種目	請求	査定	種目	請求	査定	備考			被扶養者 台帳照合 者印					
	初診														
	再診														
	往診														
	投薬														
	注射														
検査				合計											
				一部負担金											

## 健康保険被保険者療養費支給申請書 (第 回 目)

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号と番号	.....			事業所の 名称と所在地					
	傷病名				発病又は 負傷の年月日	平成	年	月	日	
	発病又は 負傷の原因									
	傷病の経過									
	診療を受けた 病医院の	名 称				所在地				
	診療に従事 した医師の	氏 名				住 所				
	診療の内容				診療に要した 費用の額	金	円也			
	診療の期間	自 平成	年	月	日	日間	左の期間のうち入院期間			
		至 平成	年	月	日	日間	平成	年	月	日
		平成	年	月	日	日間	平成	年	月	日
	療養の給付を受 けることができ なかった理由	(装着年月日 年 月 日)								
	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	第三者の行為 によって負傷 したときは	その事実の届出の有無		あ る ・ な い				
申請が被扶養 者に関するときはその者の	氏 名			生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日	被保険者 との続柄	
上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日 被保険者の 住 所 〒 氏 名 印 日本旅行 健康保険組合 理事長殿										

支払希望の銀行	振込先金融機関名	銀行 / 金庫 店		
	預金種別口座番号	普通 / 当座		
	預 金 名 義 人	(フリガナ).....	(TEL)	