

同年月日		年 月 日				資格	得喪	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	資格	年 月 日						
							前	年 月 日						
							回	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								

健康保険被保険者家族療養費支給申請書 (第 回目)

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号と番号		②事業所の名称と所在地				
	③傷病名		④発病又は負傷の年月日		平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑤発病又は負傷の原因						
	⑥傷病の経過						
	⑦診療を受けた病医院の	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診療に要した費用の額		金 円也		
	⑪診療の期間		自 年 月 日	至 年 月 日	日間 左の期間のうち入院期間 年 月 日 日間 年 月 日		
	⑫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)				
	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	その事実の届出の有無		ある・ない	
	⑮申請が被扶養者に関するときはその者の		氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄
	<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 住所 〒</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>日本旅行 健康保険組合 理事長殿</p>						

支払希望の銀行	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)	
	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 No.
	預金名義人	(フリガナ) (TEL)