

支給決定決議書									
受付年月日	年	月	日	常務理事		担当者			
伺年月日	年	月	日						
決裁年月日	年	月	日						
支給決定額	円								
診療期間	年			月	日から	資格取得日	年	月	日
	年			月	日まで	資格喪失日	年	月	日

健康保険被保険者療養費支給申請書（その他）

記号・番号	.		被保険者 生 年 月 日	昭和 平成		年		月		日	
被保険者 氏 名	(フリガナ)			備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。(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(マイナンバーカードの写等)が必要です。)						
被保険者 住所 電話番号	〒 - Tel										
事業所名称				事業所所在地	〒 -						
振込希望先の 金融機関	名称		銀行		支店		預金別		普通		
	口座番号		口座名義人 (カタカナ)								
受診者	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者		被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日		
傷病名					発病または負傷年月日		令和 年 月 日				
上記傷病の 発病の 原因 および 経過	☐ 病気 (原因および経過)										
	☐ けが → 労災に該当しますか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」場合は本療養費支給申請できません。 → 第三者行為に該当しますか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。										
診療を受けた 医療機関等の	名称			所在地			診療した医師の氏名				
	名称			所在地			診療した医師の氏名				
診療を受けた期間	令和 年 月 日		から		令和 年 月 日		まで		日数		日
療養に要した 費用の額	_____円										
診療内容											
療養費の支給 申請の理由	☐ 生血を輸血した ☐ 臍帯血を搬送した ☐ その他 (理由)										

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

添付書類

生血液を輸血したとき

- ・ 輸血証明書（輸血回数が記載されたもの）
領収書（血液にかかる費用や移送にかかった費用額の内訳が記載されているもの）

臍帯血を搬送したとき：

- ・ 領収書（搬送に要した費用を証明した領収書）
- ・ 傷病名、搬送理由、搬送元・区間（詳細な経路）・期間・回数を記載した
医師又は歯科医師の意見書

注意事項

- ・ 添付書類はコピーと記載されているもの以外は原本をご提出ください。