

支給金額 支給決議書	同年月日 年 月 日							資格 喪 前 回	年 月 日		常務理事 事務長 課 長		担当者				
									年 月 日								
									年 月 日								
									年 月 日								
被保険者 が記入するところ	種目	請 求		査 定			種目	請 求		査 定			備 考				
	初 診												被扶養者 台帳照合 者印				
	再 診																
	往 診																
	投 薬																
	注 射						合 計										
	検 查						-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被保険者等の記号と番号			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 (負傷の場合は時頃)	平成 年 月 日	
	⑤発病又は負傷の原因							
	⑥傷病の経過							
	⑦診療を受けた病院の名稱	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 年 月 日		
	⑫療養の給付を受けることができなかつた理由	(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			
				第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)				
	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		
	上記のとおり申請いたします。 年 月 日 被保険者の 住 所 〒 氏 名 日本旅行 健康保険組合 理事長殿							

支 払 希 望 の 銀 行	□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)	(T E L)