

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書				支払年月日	年 月 日
伺 日	年 月 日	常務理事	事務長		担当	備考	
支給 決定 書	支給金額	病院と調剤薬局 別々で支払いの場合、申請書はそれぞれ1枚ずつ必要です。					
		円					
	支給 期間	自 令和 年 月 日	日 数	摘	資格 取得 喪失	昭・平・令 年 月 日	
		至 令和 年 月 日		要		令和 年 月 日	

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

被扶養者 (治療用装具、治療用眼鏡、立替払い等)
カヤバ健康保険組合理事長殿

[添付書類]

● 立替払いの申請：「診療報酬明細書（レセプト）」および「領収書（原本）」
● 治療用装具の申請：「医師の意見書および装着証明書（原本）」
● 治療用眼鏡の申請：「眼鏡作成指示書（原本）」
● 眼鏡購入領収書（原本）

被 保 險 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者（申請者） の署名・捺印欄	下記の通り申請いたします。 令和 〇																				
	住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 岐阜県可児市カヤバ町〇〇-〇〇	TEL 〇〇〇-〇〇〇〇)																				
		氏名 健保 太郎	社員番号(〇〇〇〇〇 署名又は記名押印)																			
	②被保険者等記号番号	〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇	記号・番号が分からない場合には マイナンバーを記入してください																			
	③療養が被扶養者に 関するときは、その方の	氏 名						生年 月日						被保険者 との続柄								
	④発病又は負傷の年月日	令和〇〇 年〇〇 月〇〇 日					⑤傷病名	急性気管支炎														
	⑥発病の原因及び経過	出張先にて風邪を引いた																				
	交 通 事 故 で	ある ・ ない					第三者行為によるもので					ある ・ ない										
	⑦診療を受けた病院等	名 称	〇〇クリニック										諸手当に要した費用の額									
		所 在 地 ・ 電 話 番 号	東京都港区浜松町〇-〇-〇 (TEL〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)										15,000 円									
	⑧ 立 替 払 い の 場 合 診 療 の 期 間 (請 求 期 間)	自	令和〇 年 〇 月 〇 日					日数	入院 入院外	の別	入院	自	令和 年 月 日									
	至	令和〇 年 〇 月 〇 日					1 日	1.入院 → 2.入院外	期間	至	令和 年 月 日											
⑨治療用装具の場合 医師の作製指示日・装着日	作製指示日	令和 年 月 日					装着日	令和 年 月 日														
⑩治療の内容	問診 ・ 薬の処方																					
⑪療養の給付を受けられなかった理由	マイナ保険証を不携帯の為、自費で受診した																					
確認欄（チェック）	☒	この届出については1又は2の要件を満たしたものである。 1.申請書本人（被保険者）が作成したものである。 2.申請者本人の作成ではないが、記載内容については本人に確認してある。																				

パソコン入力の場合は
押印が必要です。

委 任 状	請求金額の受領を下記の代理人に委任します。	
	令和 〇〇 年〇〇 月〇〇 日	
	被保険者	住所 岐阜県可児市カヤバ町〇〇-〇〇
	氏名 健保 太郎	
代理人の 事業所所在地 事業所名称 代表者氏名	退職者や任意継続被保険者の代理人（ご家族等）が記入するところです。現役の従業員については記入不要です。	

被保険者が療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。					
振込希望の銀行名		本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
	銀行	店・本店	1.普通		カヤバ
	金庫	支店	2.当座		
	信組	出張所			