

支 給 決 定 伺

療 養 費 第二家族療養費	支 給 額 決 定 額		円	常務理事	事務長	担当者
支 給 計 算						

被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証記号・番号			事業所の名称			
傷 病 名			発病又は負傷 の 年 月 日	平・令	年	月 日
発病又は負傷の原因						
傷 病 の 経 過						
診療又は手当 を受けた医師、 歯科医師其の他 の者の住所氏名						
診療又は手当 の 内 容						
診療又は手当 の 期 間	自	年	月	日	日間	診療又は手当 に要した費用
	至	年	月	日		円 (証拠書添付)
保険医の療養給付 を受けることができ なかつた理由						
傷病が第三者行為に よるときはその事実及 び第三者の住所氏名						
申請者が被扶養者に 関する時はその者	氏 名			生年 月日	昭平 令	年 月 日 続柄

東亜合成健康保険組合理事長殿

上記によって金 円也を請求します。

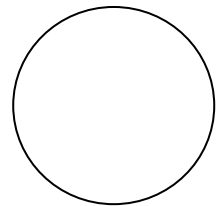
令和 年 月 日

請求者の住 所

氏 名

所 属 ()

受付日付印



記入例

支給決定伺

療養費 第二家族療養費	支給決定額	円	常務理事	事務長	担当者
支給計算					

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者証記号・番号	10	99999	事業所の名称	〇〇(株) 〇〇工場	
傷病名	椎間板ヘルニア		発病又は負傷の年月日	平 ^令 4年1月11日	
発病又は負傷の原因	家で重いものを持ち上げたとき				
傷病の経過	装具を装着後良好				
診療又は手当てを受けた医師、歯科医師その他の者の住所氏名	〇〇病院 山田一郎 名古屋市東区△△町1-2-3				
診療又は手当の内容	コルセットの装着など				
診療又は手当の期間	自	年	月	日	日間
	至	年	月	日	
診療又は手当に要した費用	36,000 円 (証拠書添付)				
保険医の療養給付を受けることができなかった理由	装具の制作費を現金払いしたため				
傷病が第三者行為によるときはその事実及び第三者の住所氏名					
申請者が被扶養者に関する時はその者	氏名	生年月日	昭平令	年	月 日
					続柄

東亜合成健康保険組合理事長殿

上記によって金 円也を請求します。

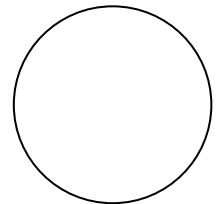
令和 4年 1月 18日

請求者の住所 〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 東 亞 太 郎

所 属 (× × × × × 課)

受付日付印



記入例

支給決定伺

療養費 第二家族療養費	支給決定額	円	常務理事	事務長	担当者
支給計算					

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者証記号・番号	10	99999	事業所の名称	〇〇(株) 〇〇工場	
傷病名	椎間板ヘルニア		発病又は負傷の年月日	平(令) 4年1月11日	
発病又は負傷の原因	家で重いものを持ち上げたとき				
傷病の経過	装具を装着後良好				
診療又は手当てを受けた医師、歯科医師その他の者の住所氏名	〇〇病院 山田一郎 名古屋市東区△△町1-2-3				
診療又は手当の内容	コルセットの装着など				
診療又は手当の期間	自	年	月	日	日間
	至	年	月	日	
診療又は手当に要した費用	36,000 円 (証拠書添付)				
保険医の療養給付を受けることができなかった理由	装具の制作費を現金払いしたため				
傷病が第三者行為によるときはその事実及び第三者の住所氏名					
申請者が被扶養者に関する時はその者	氏名	東亞花子		生年月日	昭平(令) 35年6月10日
					続柄 妻

東亞合成健康保険組合理事長殿

上記によって金 円也を請求します。

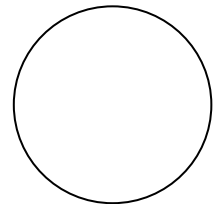
令和 4年 1月 18日

請求者の住所 〇〇〇〇〇〇〇

氏名 東亞太郎

所属 (×××××課)

受付日付印



記入例

支給決定伺

療養費 第二家族療養費	支給決定額				円	常務理事	事務長	担当者
支給計算								

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証記号・番号	10	99999	事業所の名称	〇〇(株) 〇〇工場				
傷病名	腹痛		発病又は負傷の年月日	平(令)	3年8月12日			
発病又は負傷の原因	不明							
傷病の経過	良好							
診療又は手当てを受けた医師、歯科医師その他の者の住所氏名	〇〇病院 山田一郎 名古屋市東区△△町1-2-3							
診療又は手当ての内容	問診、投薬ほか							
診療又は手当ての期間	自	3年8月12日		1日間	診療又は手当てに要した費用	25,000円 (証拠書添付)		
	至	3年8月12日						
保険医の療養給付を受けることができなかった理由	旅行中で、保険証を持参しなかったため							
傷病が第三者行為によるときはその事実及び第三者の住所氏名								
申請者が被扶養者に関する時はその者	氏名	生年月日	昭平令	年	月	日	続柄	

東亜合成健康保険組合理事長殿

上記によって金 円也を請求します。

令和 3年 8月 18日

請求者の住所 〇〇〇〇〇〇〇

氏名 東亞太郎

所属 (×××××課)

受付日付印

