

※支給決議書	支給年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務局長	リーダー	担当	公費		
	支給額											
	支給内訳	法定					資格取得	昭・平・令	年	月	日	履歴
		付加					資格喪失	平・令	年	月	日	
	備考											

被保険者 療養費支給申請書 <全額自己負担用>
家族

注意事項

この申請書は、病院(入院・入院外別)ごと・薬局ごとにそれぞれ1枚必要で、かつ、月ごとに分けて申請して下さい。

(イ) 裏面に医療機関等より必要な証明を受けて下さい。
(ア) ★欄は、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、そのように読み替えて記入して下さい。診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の交付がされない場合は、

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者等 記号・番号(※)	記号 11 番号 12345	被保険者(社員) の氏名	健保 一郎			生年月日	昭・平・令 57年 12月 12日			
	※ KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照ください										
	被保険者の 現住所	〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3			TEL	03 (1234) 1111					
	事業所名 (所属)	(株) JAL〇〇			TEL	03 (5678) 2222 (総務課)					
	傷病名	高ビリルビン血症			発病または 負傷年月日	令和6年4月30日頃					
	発病または 負傷原因	不詳									
	★ 診療を受けた 病院等の	名称	〇〇クリニック		医師氏名	〇〇××					
		所在地	〇〇市△△1-1								
	★ 診療の内容	問診・触診・血液検査・投薬			(※) 診療 に要した 費用の額	¥ 100,500-					
	★ 診療の期間	R6年5月1日から R6年5月4日まで 4日間			入院・入院外の別	入院の場合入院期間		6年5月1日から 6年5月4日まで			
療養の給付を 受けることが できなかった理由	<病院にマイナ保険証や資格確認書等を提示できなかった理由等を記入して下さい> 交付手続き中だったため										
第三者行為に よって負傷 したもので あるか否か	ある ない	第三者行為によっ て負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない							
申請が被扶養者 (家族)に関する ときはその者の	氏名	健保 花子			令和	年	月	日提出			
	生年月日	昭・平・令 31年 4月 27日						受付日付印			
	続柄	長女									
委任状	所在地 事業所名称 事業主名称	事業所健保窓口にて、記入いた して下さい。						特例退職及び任意継続 の方は記入不要。			
	委任者氏名	被保険者の署名が必要です。									