

|        |       |          |  |  |      |             |      |    |    |
|--------|-------|----------|--|--|------|-------------|------|----|----|
| ※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    |          |  |  | 支給期間 |             |      |    |    |

被保険者 療養費支給申請書 <国保等払戻用>  
 家族

注意事項

※この申請書は、国保等から交付される診療(調剤)報酬明細書1枚ごとに1枚必要です。

(ウ) (イ) (ア)  
 以前に加入していた国保等の被保険者へ支払ったことがわかる領収書の本紙を添付して下さい。  
 (イ) 診療報酬明細書・調剤報酬明細書(以前に加入していた国保等の被保険者より交付されます)を添付して下さい。また、それとは別に、内訳  
 (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は、そのように読み替えて記入して下さい。  
 療養の給付を受けることができなかった理由  
 第三者行為によって負傷したものであるか否か  
 申請が被扶養者(家族)に関するときはその者の  
 委任状

|                        |  |                  |  |
|------------------------|--|------------------|--|
| 被保険者証の記号・番号            | 記号<br>番号   | 被保険者(社員)の氏名      | 生年月日 昭・平・令 年 月 日   |
| 被保険者の現住所               | 〒 TEL ( )  |                  |  |
| 事業所名(所属)               | TEL ( ) ( )  |                  |  |
| 傷病名                    |  |                  | 発病または負傷年月日   |
| 発病または負傷原因              |  |                  |  |
| (*) 診療を受けた病院等の         | 名称   | 医師氏名             |  |
|                        | 所在地  |                  |  |
| (*) 診療の内容              |  |                  | (*) 診療に要した費用の額   |
| (*) 診療の期間              | 年 月 日から 年 月 日まで 日間   |                  | 入院・入院外の別<br><input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外<br>入院の場合入院期間<br>年 月 日から 年 月 日まで |
| 療養の給付を受けることができなかった理由   | <日航健保交付の保険証を病院に提示できなかった理由等を記入して下さい>  |                  |  |
| 第三者行為によって負傷したものであるか否か  | ある   | 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   |
|                        | ない   |                  | 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   | 令和 年 月 日提出       |  |
|                        | 生年月日   | 昭・平・令 年 月 日      |  |
|                        | 続柄   |                  |  |
| 委任状                    | 本請求により支給される療養費等の受領に関することを下記の者に委任します<br>所在地<br>事業所名称<br>事業主名称<br>-----<br>委任者氏名 |                  |  |

.....  
 受付日付印