

支給決定	常務理事	事務長			支給額	円			
					支給期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	
決定	申請区分	算出基礎			取得年月日	昭・平・令	年	月	日
	立替払	円 ×	割 =	円	喪失年月日	令和	年	月	日
	治療用器具	円 ×	割 =	円	備考				
伺	治療用眼鏡	(上限 円)	円 ×	割 =	円				

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

令和 年 月 日 申請						
三岐しんきん健康保険組合 理事長 様						
下記のとおり申請します。						
被 保 険 者 (申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		被保険者(申請者)の氏名		生年月日	
	記号	番号			昭和 平成	年 月 日
	被保険者(申請者)の住所		〒 -			
	事業所の名称					
	申請が被扶養者に関するとき		被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日	被保険者との続柄
					昭和 平成 令和	年 月 日
	傷病名		発病または負傷年月日		令和	年 月 日
	発病または負傷の原因および経過				第三者行為によるものですか はい ・ いいえ <small>「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。</small>	
	診療を受けた病院等		名称			
			所在地	TEL		
	診療または手当の期間		令和 年 月 日	日間	診療または手当に要した費用	円
	診療または手当の内容					
診療の給付を受けることができなかった理由						
本申請に基づく給付金に関する受領を..... に委任します。						
令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名						
受領の委任をしないとき		<input type="checkbox"/> 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。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
		振込希望金融機関名	信用金庫店	口座番号	口座名義	ふりがな

【注意事項】

- ・ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、「負傷届」を添付してください。
- ・ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

【添付書類】

- ・ 立替払い等⇒診療報酬明細書、領収書(いずれも原本)
- ・ 治療用器具⇒医師の「意見および器具装着証明書」等、領収書(いずれも原本)
- ・ 治療用眼鏡等⇒医師の「眼鏡等作成指示書」等の写し、視力等の検査結果および領収書(いずれも原本)

令和5年2月1日