

療養費支給決定伺

支給額	百	拾	万	千	百	拾	円	常務理事	事務長	係長	係	
資格	取得	昭和・平成・令和 年 月 日						支給期間	令和 年 月 日 日間			
	喪失	令和 年 月 日							令和 年 月 日 日間			
種別	請求	査定	種別	請求	査定							
初診			入院									
再診												
往診												
投薬												
注射						計						
検査						一部負担						
処置及び手術						支給額						

健康保険被保険者療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号番号	-				② フリガナ 被保険者 氏名								
	③ 被保険者の 現住所	〒 -												
	④ 事業所の名称													
	⑤ 傷病名					⑥ 発病または 負傷の年月日	平成	年	月	日	令和	年	月	日
	⑦ 発病または 負傷の原因													
	⑧ 傷病の経過													
	⑨ 診察を受けた 医師・歯科医師 の住所氏名													
	⑩ 診療または 手当の内容													
	⑪ 診療または 手当の期間	令和	年	月	日	日間	⑫ 診療または手当 に要した費用							円
	⑬ 療養の給付を 受けることが できなかった理由													
	⑭ 傷病が第三者 の行為による ときはその旨	第三者の行為で ある・ない	第三者の 住所・氏名											
	⑮ その療養が被扶 養者であるとき	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄			
	⑯ 振込希望口座	<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"/> 利用しない場合は以下の欄に 被保険者名義口座 を記入してください)												
		金融機関名	銀行・農協				本店	口座番号	当座		普通			
			信用金庫				支店							

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿

