

## 健康保険療養費支給申請書

款	保険給付費	保険給付費	常務理事	事務長	担当者	受付年月日
項	法定給付費	付加給付費				年 月 日
目						同年月日 年 月 日
支給額	円	円				決裁年月日 年 月 日
算出基礎						

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		所 属	課・G		
	—				電 話	
	傷 病 名			発病または負傷年月日	平成 年 月 日	
	傷 病 の 原 因			業務上外の別	業務上 ・ 業務外	
	傷 病 の 経 過					
	療養の給付を受けることができなかった理由					
	医 師 の 住 所 氏 名					
	診 療 の 内 容				どちらかを ○で囲む	入 院 中
						通 院 中
	診 療 の 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	診療に要した 費用の額	円
傷害が第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ	傷害が第三者の行為によるものであるときは、第三者の住所、氏名（不明のときはその旨）				
被扶養者が受けるものであるときは、その者の氏名・続柄・生年月日						
氏 名			続 柄	生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和	

※ 太枠内及び下記氏名・住所・生年月日をご記入ください。

上記金額の受領を \_\_\_\_\_ に委任します。

年 月 日

住 所

被保険者 氏 名

生 年 月 日 年 月 日

北海道電力健康保険組合理事長 殿

- (注意事項) 1. 立替払いの申請には、診療報酬明細書と領収書の本書を添付して下さい。  
2. 治療用装具の申請には、証明書と領収書の本書および写真(台紙に貼付)を添付して下さい。