

支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支出科目	款	保険給付費		項	法定給付費		目	療養費		担当印	健保受付印	
		保険給付費			法定給付費			療養費	第二家族療養費			
支給金額		円			資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日			
支給期間	自	令和	年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日		
	至	令和	年	月	日	被扶養者 認定日	昭和 平成 令和	年	月	日		
備考											支給日	

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書

被保険者等 記号と番号	記号	番号		発病又は負傷の年月日		令和	年	月	日	
傷病名	発病又は負傷の原因			発病又は負傷の経過						
診療、薬剤の支給または手当を受けた 医師または歯科医師 その他の者の氏名及び住所										
診療、薬剤の支給 または手当の内容										
診療、薬剤の支給または 手当の期間	自	令和	年	月	日	日間	診療、薬剤の支給 または手当に 要した費用の金額	円		
		至	令和	年	月	日			(領収書の通り)	
療養の給付を受けなかった事由 (具体的に)										
傷病が第三者の行為による場合 (第三者の情報)		氏名	住所			その事実				
請求が被扶養者に関するときは、 その者の氏名・生年月日・続柄		氏名			生年月日			続柄		
		(氏)	(名)			昭和 平成 令和	年	月	日	
振込先 指定 口座	公金受取口座		<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、左の <input type="checkbox"/> に☑をしてください。利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。)							
	振込先口座	申請者 OR 代理人	銀行			支店				
	(金融コード)		(支店コード)			口座名義 (カタカナ)				
氏名	(氏)	(名)			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
住所	〒			電話		-				
HOYA健康保険組合理事長 殿										
上記によって請求します。 令和 年 月 日										

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、療養費の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	住所

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

【添付書類】 治療用器具：医師の意見書または同意書(原本)/器具の領収書(原本)内訳 療養費眼鏡等：弱視等治療用眼鏡等作成指示書/領収書(原本)
立替払：診療報酬明細書(医療機関等へ発行を依頼してください。封をしたままご提出ください)/領収書(原本)

令和7年4月1日現在