

# 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				健保受付印	
		保険給付費			法定給付費			第二家族療養費					
支給金額							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	月	日

被保険者

被扶養者

## 療養費支給申請書

被保険者証の 記号と番号		記号					番号						
傷病名						発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日			
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 (添付領収証の通り)					
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	(金融コード)				銀行	(支店コード)				支店	
			普通					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。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。

令和4年10月11日現在