

# 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	保険給付費		法定給付費	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

## 療養費支給申請書

被保険者証の 記号と番号	記号	〇〇〇				番号	〇〇〇〇														
傷病名	〇〇〇〇				発病又は負傷の年月日	令和	*	年	*	月	*	日	*								
発病又は負傷の原因	〇〇〇〇〇〇																				
発病又は負傷の経過	〇〇〇〇〇〇																				
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	手当を受けた病院等を記入																				
診療、薬剤の支給 または手当の内容	手当を受けた内容																				
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	***		(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)	保険証で診療できなかった理由																				
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	該当するときに記入																			
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	氏名				生年月日	続柄														
	(氏)	〇〇〇	(名)	〇〇〇〇	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	〇〇〇				銀行	〇〇〇〇				支店									
	代理人	OR	(金融コード)	****				(支店コード)	***												
	普通	*	*	*	*	*	*	口座名義 (カタカナ)	〇〇〇〇 〇〇〇												
氏名	(氏)	〇〇〇				(名)	〇〇〇〇				生年月日	昭和 平成	*	年	*	月	*	日	*		
住所	〒 - 都道府県から記入してください。											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	代理人が受け取る場合にご記入ください。														
		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