

常務理事	事務長	係員	担当者

# 支給決定書

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		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	〇〇〇	番号	〇〇〇									
傷病名	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	〇〇〇〇〇〇〇												
発病又は負傷の経過	〇〇〇〇〇〇〇												
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	*	*	*	日間	診療、薬剤の支給 または手当に 要した費用の金額	***** (領収書の通り)					
療養の給付を受けなかった事由 (具体的に)	〇〇〇〇〇〇〇												
傷病が第三者の行為による場合 (第三者の情報) 該当する時に記入	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	〇〇〇	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	*	*	*	続柄	*	
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□に☑をしてください。利用しない場合は、下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	支店								
代理人	OR	(金融コード)	*	*	*	*	(支店コード)	*	*	*	*	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	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、当健康保険組合理事長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