

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	保険給付費		法定給付費	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	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	*****				円								
	至	令和	*	*	*			(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			生年月日			続柄													
	(氏)	〇〇〇			(名)	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□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										
		OR	(金融コード)			*	*	*	*	(支店コード)	*	*	*	*						
		代理人	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			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