

受診者の区分を
○で囲んでください。

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 8 番号 99999		
	② 受診者の 氏名・生年月日	氏名	健康太郎	生年月日 昭和 50年10月 3日 平成
	③ 傷病名	胃炎		④ 発病又は負 傷の年月日 平成 28年11月14日
	⑤ 発病又は 負傷の原因	食後ホテルで就寝中に胃痛に襲われた。		
	⑥ 傷病の経過	11月15日に診察、治癒。		
	⑦ 診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	医療機関名	〇〇〇 Hospital	
		所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
		医師名	Dr. 〇〇〇〇	
	⑧ 診療又は手当 の内容	診察を受け、薬を処方された。		
		装具装着日	平成 年 月 日	
	⑨ 診療又は手当を 受けた期間	平成28年11月15日 から 平成28年11月15日 まで 1 日間		
	⑩ 療養に要した 費用の額	USD 150.50 円 ← 支払った額（領収書の額）を記入してください。		
	⑪ 療養費支給申請 の理由	海外旅行の際にアメリカで治療を受けた。		
	⑫ 第三者行為に よるものですか	いいえ		
		はい → 「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
⑬ 振込希望の 銀行	「振込先」欄は記入不要です。給与口座へ振り込みます。 任意継続の方は資格取得申出書に記載された口座へ振り込みます			
⑭	上記のとおり申請します。 平成 28年 11月 21日 被保険者の 住所 東京都港区健保町2-2-28 氏名 健康太郎 ノバルティス 健康保険組合理事長 殿			
⑮ 備考				

健

押印してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

健保受付日付印