

支 給 決 定 伺

療 養 費 第二家族療養費	支 給 額 決 定 額			円	常務理事	事務長	担当者
支 給 計 算							

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号		事業所の名称	
傷 病 名		発病又は負傷 の 年 月 日	平・令 年 月 日
発病又は負傷の原因			
傷 病 の 経 過			
診療又は手当 を受けた医師、 歯科医師其の他 の者の住所氏名			
診療又は手当の内容			
診療又は手当 の 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療又は手当 に要した費用 円 (証拠書添付)
保険医の療養給付 を受けることができ なかった理由			
傷病が第三者行為に よるときはその事実及 び第三者の住所氏名			
申請者が被扶養者に 関する時はその者	氏 名	生年 月日	昭平 令 年 月 日 続柄

東亜合成健康保険組合理事長殿

上記によって金 円也を請求します。

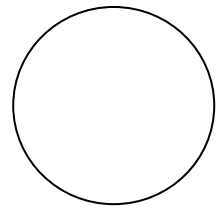
令和 年 月 日

請求者の住 所

氏 名

所 属 ()

受付日付印



記入例

支給決定伺

療養費 第二家族療養費	支給決定額	円	常務理事	事務長	担当者
支給計算					

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	10	99999	事業所の名称	〇〇(株) 〇〇工場	
傷病名	椎間板ヘルニア		発病又は負傷の年月日	平(令) 4年1月11日	
発病又は負傷の原因	家で重いものを持ち上げたとき				
傷病の経過	装具を装着後良好				
診療又は手当を受けた医師、歯科医師その他の者の住所氏名	〇〇病院 山田一郎 名古屋市東区△△町1-2-3				
診療又は手当の内容	コルセットの装着など				
診療又は手当の期間	自	年	月	日	日間
	至	年	月	日	
診療又は手当に要した費用	36,000 円 (証拠書添付)				
保険医の療養給付を受けることができなかった理由	装具の制作費を現金払いしたため				
傷病が第三者行為によるときはその事実及び第三者の住所氏名					
申請者が被扶養者に関する時はその者	氏名	生年月日	昭平令	年	月 日
					続柄

東亜合成健康保険組合理事長殿

上記によって金 円也を請求します。

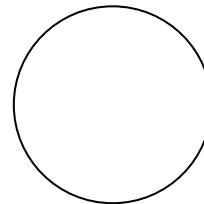
令和 6年 12月 18日

請求者の住所 〇〇〇〇〇〇〇

氏名 東亞太郎

所属 (×××××課)

受付日付印



記入例

支給決定伺

療養費 第二家族療養費	支給決定額	円	常務理事	事務長	担当者
支給計算					

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者等記号・番号	10	99999	事業所の名称	〇〇(株) 〇〇工場	
傷病名	椎間板ヘルニア		発病又は負傷の年月日	平(令) 4年1月11日	
発病又は負傷の原因	家で重いものを持ち上げたとき				
傷病の経過	装具を装着後良好				
診療又は手当てを受けた医師、歯科医師その他の者の住所氏名	〇〇病院 山田一郎 名古屋市東区△△町1-2-3				
診療又は手当の内容	コルセットの装着など				
診療又は手当の期間	自	年	月	日	日間
	至	年	月	日	
診療又は手当に要した費用	36,000 円 (証拠書添付)				
保険医の療養給付を受けることができなかった理由	装具の制作費を現金払いしたため				
傷病が第三者行為によるときはその事実及び第三者の住所氏名					
申請者が被扶養者に関する時はその者	氏名	東亞花子		生年月日	昭平(令) 35年6月10日
					続柄 妻

東亞合成健康保険組合理事長殿

上記によって金 円也を請求します。

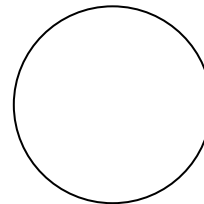
令和 6年 12月 18日

請求者の住所 〇〇〇〇〇〇〇

氏名 東亞太郎

所属 (×××××課)

受付日付印



記入例

支給決定伺

療養費 第二家族療養費	支給 決定額	円	常務理事	事務長	担当者
支給 計算					

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	10	99999	事業所の名称	〇〇(株) 〇〇工場	
傷病名	腹痛		発病又は負傷 の年月日	平令 3年8月12日	
発病又は負傷の原因	不明				
傷病の経過	良好				
診療又は手当 を受けた医師、 歯科医師其の他 の者の住所氏名	〇〇病院 山田一郎 名古屋市東区△△町1-2-3				
診療又は手当の内容	問診、投薬ほか				
診療又は手当 の期間	自 6年12月12日	1 日間	診療又は手当 に要した費用	25,000 円 (証拠書添付)	
保険医の療養給付 を受けることができ なかった理由	<ul style="list-style-type: none"> ・加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ・資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため ・他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するためなどの理由を記載してください。 				
傷病が第三者行為に よるときはその事実及 び第三者の住所氏名					
申請者が被扶養者に 関する時はその者	氏名	生年 月日	昭平 令	年	月 日 続柄

東亜合成健康保険組合理事長殿

上記によって金 円也を請求します。

令和 6年 12月 18日

請求者の住所 〇〇〇〇〇〇〇

氏名 東亜太郎

所 属 (×××××課)

受付日付印

