

支給決議書	支 給 額		方 千 百 拾 円				常務理事	事務長	課 長	係 長	担当者
	内 訳	法 定									
		附 加									
	支 給 期 間		年 月 日 日間								
	資 格 取 得		年 月 日								
資 格 喪 失		年 月 日									

健康保険被保険者・療養費支給申請書
被扶養者 附加金

被保険者（申請者）が記入するところ	① 被保険者の 記号・番号	記号	② 事業所 名称								
		番号	所在地								
	③ 療養が被扶養者 に関する場合	フリガナ 氏 名	被扶養者 生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	被保険者 との続柄			
	④ 傷病名										
	⑤ 負傷(発病)年月日【療養開始日】	年 月 日		⑥ 業務上・外の別	☐ 上 ☐ 外		⑦ 第三者行為 によるものか ☐ はい ☐ いいえ				
	⑧ 負傷(発病) の原因	どこで 何をしていて どのように負傷(発症)したか									
	⑨ 診療を受けた 病院等	名称	診療した医師名								
	所在地										
⑩ 診療の期間	自 年 月 日 日間	☐ 入院 ☐ 入院外	入院の場合 の期間	自 年 月 日 日間							
⑪ 診療費用の額	円	⑫ 療養の給付を受けることが 出来なかった理由									

担当医が記入するところ	の装 み具 又は 入は し生 て血 下代 さい の場 合	患者名	傷病名								
		負傷(発病)年月日	年 月 日	入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日						
		装具又は生血を必要と判断した日	年 月 日	装具装着年月日	年 月 日						
		装具又は生血を 必要とする理由 (生血の場合は必要量)									
		年 月 日	所在地	医療機関 名 称	医師名						

☐ マイナポータル等で事前登録した「公的給付等を受け取るための口座(公金受取口座)」を利用します。(利用する場合は ☒) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。											
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者 氏 名 (申請者) 住所 電話番号 山形県自動車販売健康保険組合 理事長 殿								払渡希望銀行			
								銀行 店			
								預金種別			
								口座名義			
	口座番号										
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日 被保険者 氏名 (申請者) 代理人 (口座名義人) 住所 氏 名 電話番号								受付日付印		

裏面もご覧下さい。

<注意事項>

1. 医療費について申請する場合は、「診療報酬明細書(レセプト)」と「医療費の領収書の原本」を添付して下さい。担当医が記入するところの欄は記入不要です。
2. 治療用装具又は生血代を申請する場合は、「装具又は生血代の領収書の原本」を添付して下さい。
3. 傷病が第三者行為(交通事故等)によるものである場合は、「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。
4. 治療用装具又は生血を必要とする理由の欄は、具体的に記入し、生血については必要量まで記入して下さい。
5. 担当医が記入するところの欄は、申請に必要な項目が記載されている診断書等がある場合は、診断書等を添付し、担当医が記入するところの欄は記入不要です。
6. 小児弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトレンズを申請する場合は、「眼鏡等作成指示書」(視力等の検査結果が明記されているもの)と「眼鏡等の領収書の原本」を添付して下さい。
7. 原則、事業所を通して支給いたしますので、払渡希望銀行は記入不要です。受取代理人の欄を忘れずに記入お願いいたします。
8. 被保険者資格喪失後等の理由で、被保険者(申請者)へ直接支給する場合は、公金受取口座を利用又は払渡希望銀行を記入していただき、受取代理人の欄は記入不要です。