|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 |  年 月 日 |  | 支 給 支 払 決 議 書 |
| 伺年月日 |  年 月 日 |  | 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
| 決裁年月日 |  年 月 日 |  |
| 支給額 |  円 |
| 資格取得 |  年 月 日 |
| 支給期間 | 自 年 月 日至 年 月 日 日間 |  | 資格喪失 |  年 月 日 |
|  | 支払年月日 |  年 月 日 |
|  | 前回支給 |  年 月 日 |

健康保険　被保険者・被扶養者 療 養 費 支 給 申 請 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者証の記号・番号　 | 記号　 | 事業所の名称と所在地 | 名 称 |  |
| 番号　 | 所在地 |  |
| 被保険者氏名 |  | 被扶養者に関する申請のときはその者の氏名・生年月日 | 　　　　年　　　月 　　日 | 続　柄 |
|  |
| 傷病名 |  | 発病又は負傷の年月日 | 　　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療機関の名称・所在地及び医師の氏名※わかる範囲で | 名称　 | 所在地及び電話番号 |  |
| 氏名　 |
| 診療又は手当の内容 |  | 診療又は手当に要した費用の額 | 金 　　　　　　円也 |
| 診療又は手当を受けた期間 | 自　　 　　年 　　月 　　日　　　　　　　　左の期間のうち入院期間自 　　 　年 　　月 　　日至 　　 　　年 　　月 　　日　　日間　　　　　 至　　 　 年 　　月 　　日 |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 |  |
| 第三者の行為による負傷であるか否か | ある　・　ない | 第三者行為の場合届出の有無 | ある　・　ない |
| 振込希望の銀行**（被保険者の口座）** | 金融機関名 | 銀 行　　　　金 庫　　農 協　　　　　　　　　　　　　　支店（　　　） |
| 口座番号 | （　　普 通　　）　　　第　　　　　　　　　　　号 |
| 口座名義（ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |
| 支給決定通知書について(※) | 支給決定通知書は、給付金が振り込まれた月の月末にKOSMO Webにアクセスし印刷してください。（URL <https://kosmoweb.jp/>)通知書の郵送が必要な場合はこちらにチェックしてください。→　[ ] 　 |
|  上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　 　　 　　　年 　　月 　　日　　　　　〒　　　　 被保険者の 住所　 氏名　 　　　　　  渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿　　　　TEL　 |

（ ※ ）

　支給決定通知書とは、当組合へ請求いただいた療養費等（現金給付）の支給決定日、給付金額、給付の内容などを

　お知らせするものです。KOSMO Webからダウンロード・印刷を行ってください（基本的に郵送されません）。

KOSMO WebのIDやPWが不明な場合は被保険者（本人）が健康保険組合までお問い合わせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 |  年 月 日 |  | 支 給 支 払 決 議 書 |
| 伺年月日 |  年 月 日 |  |  |  |  |  |
| 決裁年月日 |  年 月 日 |  |
| 支給額 |  円 |
| 資格取得 |  年 月 日 |
| 支給期間 | 自 年 月 日至 年 月 日 日間 |  | 資格喪失 |  年 月 日 |
|  | 支払年月日 |  年 月 日 |
|  | 前回支給 |  年 月 日 |

**記 入 例**

健康保険　被保険者・被扶養者 療 養 費 支 給 申 請 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者証の記号・番号　 | 記号　1000 | 事業所の名称と所在地 | 名 称 | 渡辺パイプ株式会社（新宿SC） |
| 番号　00000 | 所在地 | 新宿区西落合1-20-17 |
| 被保険者氏名 | 健保　太郎 | 被扶養者に関する申請のときはその者の氏名・生年月日 | 健保　花子Ｈ ３　年 １０月 １０日 | 続　柄 |
| 妻 |
| 傷病名 | 右足関節骨折 | 発病又は負傷の年月日 | Ｒ １年　７月　１日  |
| 発病又は負傷の原因 | 自転車で転倒 |
| 傷病の経過 | 治療継続中 |
| 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※わかる範囲で | 名称　〇〇整形外科クリニック | 所在地及び電話番号 | 東京都○○区○○1-1℡：03-0000-0000 |
| 氏名　 |
| 診療又は手当の内容 | 処置、湿布薬を処方 | 診療又は手当に要した費用の額 | 金 ２５，０００ 円也 |
| 診療又は手当を受けた期間 | 自 Ｒ 　１年 　７月 　１日　　　　　　　　左の期間のうち入院期間自 　 　年 　　月 　　日至 　　年 　　月 　　日　１日間　　　　 　至 　　年 　　月 　　日 |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | 保険証不携帯　（※治療用装具の場合は「装具代の為」） |
| 第三者の行為による負傷であるか否か | ある　・　ない | 第三者行為の場合届出の有無 | ある　・　ない |
| 振込希望の銀行**（被保険者の口座）** | 金融機関名 | 銀 行三井住友　　　　金 庫　　　　本店農 協　　　　　　　　　　　　　　支店（　　　） |
| 口座番号 | （　 普通 　）　　　第　　１１１１１１１　　　号 |
| 口座名義（ﾌﾘｶﾞﾅ） | ケンポ　タロウ |
| 支給決定通知書について(※) | 支給決定通知書は、給付金が振り込まれた月の月末にKOSMO Webにアクセスし印刷してください。（URL <https://kosmoweb.jp/>)通知書の郵送が必要な場合はこちらにチェックしてください。→　[ ] 　 |
|  上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　 Ｒ 　１年 　７月 ２０日　　　　　〒130-0000　　　　 被保険者の 住所　東京都〇〇区△△１－１－３ 氏名　健保　太郎  渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿　　　　TEL　０３－００００－×××× |

（ ※ ）　支給決定通知書とは、当組合へ請求いただいた療養費等（現金給付）の支給決定日、給付金額、給付の内容などを

　お知らせするものです。KOSMO Webからダウンロード・印刷を行ってください（基本的に郵送されません）。

KOSMO WebのIDやPWが不明な場合は被保険者（本人）が健康保険組合までお問い合わせください。