

《急病のため、保険証なしで受診したとき》

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日
------	---------	---------

被保険者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号	○ 第 〇〇〇 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	社会医療法人 聖の聖母会	所在地	〒830-8543 久留米市津福本町422	電話	35局 3322番
傷病名	気管支炎		発病又は負傷の年月日	22年 5月 1日			
発病又は負傷の原因	不詳						
傷病の経過	薬の服用により、軽快						
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	名称	〇〇病院		所在地及び電話番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
診療又は手当の内容	投薬		入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日	コルセット装着日	年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自 22年 5月 1日	至 年 月 日	1 日間	診療又は手当に要した費用の額	金	3,710 円也	
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨							
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	旅行先で具合が悪くなったが、保険証を持っていなかった。						
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	無		加害者の氏名			
				加害者の住所	〒		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	該当せず		生年月日	明昭 年 月 日	被保険者との続柄	
振込希望の銀行又は郵便局名	〇〇銀行 〇〇支店(普通当座 第〇〇〇〇〇号)					郵便局	
上記のとおり申請します。							
22年 5月 5日							
健康保険組合理事長 殿				住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 久留米市〇〇町〇〇〇-〇〇		
				被保険者の氏名	健保太郎 (印)		