

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	伺い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年 月 日	決 済	年 月 日			
	被扶養者資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	要した費用の額 ¥		支給額		

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 家 族

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

申請者	フリガナ				年齢	被保険者等記号・番号		
	氏名							
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		申請者住所	〒 ー			
	日中の連絡先	()						
申請内容	受診者氏名		年齢		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	傷病名				発病または負傷年月日	令和 年 月 日		
	発病又は負傷原因等	※負傷(ケガ)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。						
	療養費支給申請理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具の作製・購入(別紙:装具作成確認書兼同意書を添付) <input type="checkbox"/> はり・きゅう・マッサージの施術(別紙:施術内容証明書を添付) <input type="checkbox"/> 弱視治療用眼鏡の購入(対象:購入時 満9歳未満) <input type="checkbox"/> マイナ保険証または資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> その他の理由()						
	診療を受けた医療機関等の	名称	所在地			診療した医師等の氏名		
	診療を受けた期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	日数	日		
	療養に要した費用の額		円	公費の有無	有・無			
	装具等装着の指示を受けた日	令和 年 月 日	装具装着日	令和 年 月 日				
診療の内容								
振込先指定	金融機関名	銀行・信金 信組・協組・他		本店 支店	※申請者以外の口座を指定する場合は 下欄で受取代理人へ委任が必要です			
	口座 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号(左詰め)		名義(カタカナで記入)				
受取代理人	委任者(申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日					/受付印日付\	
	被委任者(代理人)	氏名						
		〒 ー 住所 氏名	電話 ()					