令和6年11月更新

※支給決議書						常務理事	事務長	係
	資格取得日	年　月　日	伺い	年　月　日				
	資格喪失日	年　月　日	決済	年　月　日				
	被扶養者資格		支給額	円				

記入例

※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 家族 療養費 支給申請書（立替払等）

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

被保険者 申請者	フリガナ	ケンポ　タロウ	年齢	被保険者等記号・番号	
	氏名	健保　太郎	39	501—1111	
	生年月日	☑昭 □平 60 年 5 月 30日	申請者住所	〒 413 － 0011 静岡県熱海市田原本町9－1	
	日中の連絡先	（　　）			

申請内容	受診者氏名	健保　花子	年齢	39	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 60 年 4 月 1 日
	傷病名	前十字靭帯損傷	発病または負傷年月日	令和 2 年 5 月 1 日	
	発病又は負傷原因等	バレーボールをしている際に、転倒し捻った ※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	☑ 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） □ 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） □ 弱視治療用眼鏡の購入（対象：購入時 満0歳未満） □ マイナ保険証を □ その他の理由			
	診療を受けた医療機関等の	名称：○○○○病院	所在地：静岡県熱海市○○町1-1	診療した医師等の氏名：○○　○○	
	診療を受けた期間	令和 2 年 5 月 1 日 から 2 年 5 月 10 日	日数	2 日	
	療養に要した費用の額	12000 円	公費の有無	有 ・ 無	
	装具等装着の指示を受けた日	令和 2 年 5 月 1 日	装具装着日	令和 2 年 5 月 10 日	
	診療の内容	長下肢装具			

負傷（ケガ）の場合は負傷原因届も添付してください。

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 ☑ 普通 □ 当座	番号（左詰め）：1 2 3 4 5 0	名義（カタカナで記入）：ケンポ゜ タロウ	

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 氏名
	被委任者（代理人）	〒　－　電話　（　） 住所 氏名

／受付印日付＼