年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

□ 本人(被保険者)
□ 家族(被扶養者)

療養費支給申請書

【添付書類】(全て原本を添付してください。)
・「療養費」の場合　…　「診療報酬明細書」(医療機関発行)または「領収(診療)明細書」、領収書
・「輸血代」の場合　…　その必要を認めた医師の証明書、領収書

被保険者の記号・番号	記号		(フリガナ)	
	番号		被保険者名(申請者名) ＜自署＞	
事業所の名称		銀行(又は会社名)　(TEL　　) 支店(部)　内線		
療養を受けた方	氏名	(　年　月　日生)	被保険者との続柄	「子」の場合は長男、次男等を記入
傷病名				
傷病の原因と経過		交通事故、喧嘩等(第三者の行為)、または業務上による傷病ですか。　(　はい　・　いいえ　)		
診療を受けた医療機関	名称		担当医	
	所在地			
診療の内容			診療期間	年　月　日より 年　月　日まで　日間
健康保険による療養の給付を受けられなかった理由 (いずれかに○印)		① マイナ保険証、資格確認書等を不携帯であった(旅行先、緊急 等) ② 資格取得手続中であった ③ 以前に加入していた健康保険の資格で受診した ④ その他(　)		
診療に要した費用の額		円		
備考欄				

● 診療費用の支払日から2年を経過した場合、療養費は支給できません。
● 各月毎、各医療機関毎、入院・通院毎に申請書が必要です。
● 被保険者の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【健保使用欄】

常務理事	検印	係

支給決定日		
支給期間		年　月　日より 年　月　日まで
支給決定額		円
内訳	療養費	円
	高額療養費	円
	還元金・付加金	円