受付年月日	年　月　日	支給支払決議書				支払年月日　年　月　日
伺日	年　月　日	常務理事	事務長		担当	備考
支給決議書　支給金額	円					

支給期間		日数	摘要		資格		
自　令和　年　月　日					取得	昭・平・令　年　月　日
至　令和　年　月　日					喪失	令和　年　月　日

被保険者 被扶養者　療養費支給申請書

（第　回目）

（治療用装具、治療用眼鏡、立替払い等・生血）

カヤバ健康保険組合理事長殿

[添付書類]
●立替払いの申請…「診療報酬明細書（レセプト）」および「領収書（原本）」
●治療用装具の申請…「医師の意見書および装着証明書（原本）」「領収書および明細書（原本）」「装具作製確認書」「装具の写真（あらゆる角度で数枚）」
●治療用眼鏡の申請…「眼鏡作成指示書（原本）眼鏡購入領収書（原本）」

被保険者が記入するところ								
①被保険者（申請者）の署名・捺印欄	下記の通り申請いたします。　令和　年　月　日							
	住所（〒　）							
	氏名　社員番号(　)　署名又は記名押印 ㊞　TEL（　）							
②被保険者等記号番号	-	記号・番号が分からない場合にはマイナンバーを記入してください	-	-				
③療養が被扶養者に関するときは、その方の	氏名		生年月日		被保険者との続柄			
④発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日		⑤傷病名					
⑥発病の原因及び経過								
交通事故で	ある・ない		第三者行為によるもので	ある・ない				
⑦診療を受けた病院等	名称		諸手当に要した費用の額					
	所在地・電話番号		円					
⑧立替払いの場合診療の期間（請求期間）	自	令和　年　月　日	日数	入院 入院外 の別	入院期間	自	令和　年　月　日	
	至	令和　年　月　日	日	1.入院 → 2.入院外		至	令和　年　月　日	日間
⑨治療用装具の場合 医師の作製指示日・装着日	作製指示日	令和　年　月　日	装着日	令和　年　月　日				
⑩治療の内容								
⑪療養の給付を受けられなかった理由								
確認欄（チェック）	□	この届出については1又は2の要件を満たしたものである。 1.申請書本人（被保険者）が作成したものである。 2.申請者本人の作成ではないが、記載内容については本人に確認してある。						

委任状

請求金額の受領を下記の代理人に委任します。

令和　年　月　日

被保険者　住所

氏名

代理人の

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名

被保険者が療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。

振込希望の銀行名		本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
	銀行 金庫 信組	店・本店 支店 出張所	1.普通 2.当座		ﾌﾘｶﾞﾅ

※支給決定まで時間がかかる場合があります

カヤバ健康保険組合