

(被保険者・被扶養者)

# 療養費支給申請書

健 保 組 合				事業所
常務理事	事務長		担当者	確認者名

申請日 年 月 日

高島屋健康保険組合理事長 殿

住 所  
被保険者  
氏 名

下記のとおり請求します。

記 号 ・ 番 号	—		事業所名・店名		
診 療 を 受 け た 者	氏 名		生年 月 日	年 月 日	続 柄
傷 病 名			発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ( )
負 傷 の 原 因 等	どこで				
	どのような				
傷 病 の 経 過				第三者の行為による負傷の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
診 療 また は 手 当 て を 受 け た 医 療 機 関	名 称			所在地	
申 請 事 由	<input type="checkbox"/> コルセット等の治療用装具装着のため <input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格確認ができなかったため <input type="checkbox"/> 資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> その他 ( )				

年 月 日

委 任 状

私は 事業主 を代理人と定め、次の権限を委任する。  
年 月 日請求した(被保険者・被扶養者)療養費の受領に関すること。

被保険者の住所  
氏名

代理人の住所  
氏名

※健保記入欄

資格取得日	年 月 日	支 給 日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日	支 給 額	円

受 付 印

(注意事項) 被保険者証等を持参しなかったための申請のときは、「医師の証明書(指示書)」のほかこれに要した「領収書」の原本を添付してください。