

健康保険(被保険者・家族)療養費支給決定決議書<立替払い>

健康保険組合記入	常務理事	事務長	係員	資格取得年月日	. .	標準報酬月額	千円
				資格喪失年月日	. .	備考	
				起案年月日	. .		
	支給金額		円		支払年月		年 月 日

健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書<立替払い>

請求者が記入する欄	健康保険証の記号・番号		事業所の名称						
	被保険者名						本人 ・ 家族()		
	請求対象者						生年月日 年 月 日		
	傷病名								
	発病または負傷の原因及びその経過			(いつ) 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時頃					
				(どこで)					
				(なにをされていてどうした)					
	第三者によるものですか			はい ・ いいえ					
	治療を受けた病院等			(名前)					
				(所在地)					
	立替払いをした理由								
	治療期間		自 年 月 日 日間	入院外来	入院の場合期間	自 年 月 日 日間			
申請金額(支払いした金額記入)		円		立替払いの割合		10割全額支払い ・ 7(8)割分支払			
払渡希望の金融機関名		銀行		本店		口座番号			
		金庫		支店		口座名義人氏名			
		農協							
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 請求者 被保険者住所 (フリガナ) 氏 名 ㊟</p>									