

算出の基礎	
支給額	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

支給支払決議書				
	常務理事			担当者
資格取得		年 月 日		
資格喪失		年 月 日		
支払年月日		年 月 日		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

保険証を使用しなかった時

(全額立替)

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	(記号) 1 (番号) 100001	事業所の 名称 所在地	Umios株式会社 東京都港区高輪2-21-2	
傷病名	感冒		発病又は負傷 の年月日	令和 8年 5月 25日
発病又は 負傷の原因	咳が酷く、発熱したため、受診した。			
傷病の経過				
診療又は手当てを 受けた医療機関の 名称・所在地及び 医師の氏名	名称 〇〇〇〇病院	所在地 東京都港区〇〇〇〇〇		
	氏名 保険五郎	電話番号 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
診療又は 手当の内容	点滴を受け、薬を処方された。		入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日	
			領収書の日付	年 月 日
診療又は手当 を受けた期間	自 令和 8年 5月 25日 至 令和 8年 5月 25日 1 日間		診療又は手当に 要した費用の額	金 5,300円也
被扶養者に 関する申請の時	氏 名 健 保 花 子	生年 月 日 昭和 51年4月3日 平成 令和	妻	
資格喪失者の場合 の振込先	銀行	支店	普通・当座	NO
上記のとおり申請します。 令和 8 年 5 月 27 日 被保険者の 住所 東京都港区〇〇〇〇〇 氏名 健 保 太 郎 Umios健康保険組合理事長殿				

※ 輸血及びコルセット等の治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」と費用の「領収書」を添付してください。