療養費支給決定並支払伺

健保組合記入欄			事務長	担当者
			月　日～ 月　日	

詳細にご記入ください

※　**添付書類はホームページをご覧ください**

ホーム › 各種手続き › 立て替え払いをしたとき

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

（健則第53条63条の4）

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号と番号	記号 10	番号 9900	事業所の名称	カゴメ㈱　〇〇支店
傷病名	□□□□□□□		発病負傷年月日	平成 令和 元年 5 月 15 日
発病又は負傷の原因およびその経過	□□□□□□□