

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

健康保険 被保険者  
家族

療養費支給申請書(第 回目)  
(立替払い等・治療用装具)

ご確認  
ください

提出先：事業会社  
振込先の預貯金通帳の写し等  
銀行口座が確認できるもの  
を必ず添付してください。  
また、靴型装具の場合は当該装具の写真も添付してください。

A健康保険証		B所属する事業会社	
記号	番号		
C被保険者の(申請者)氏名		昭和 平成 令和	年 月 日
D生年月日		E日中連絡のとれる電話番号	
(フリガナ)			
F被保険者の(申請者)住所		郵便番号 (フリガナ)	
G申請者と受診者が違う場合(被扶養者)		受診者氏名 (フリガナ)	生年月日 昭和 平成 令和
H傷病名		被保険者との続柄	
I発病又は負傷の原因およびその経過		①業務によるものですか?	いいえ・はい
(いつ) 平成・令和 年 月 日 ( )午前・午後 時頃		②他人の行為によるものですか?	いいえ・はい
(どこで)			
(何をしています)			
J療養を受けた医療機関等		M領収書の額	
名称			
所在地			
K立替払いの場合		N領収書(原本)を添付してください。	
診療の期間		医師の指示日	
自 平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	
至 平・令 年 月 日			
O治療用装具の場合		P治療の内容	
ライク健康保険組合以外で、療養費(装具)の支給を受けたことがありますか		必ず記入して下さい 療養の給付を受けることができなかった理由	
いいえ・はい		1. 保険証を受け取る前であった 2. 誤って前の保険証を使用した 3. 保険証を持っていなかった (理由: ) 4. 労災・第三者行為 5. 医療機関でない業者に装具作製を依頼	
R支払金融機関の欄		S受取代理人の欄	
銀行 金庫 農協		振込先を被保険者口座以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入のこと(同一筆跡は不可)	
本店 出張所 支店 営業部		本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
支店コード		委任者と代理人との関係	
預金種別 1:普通		令和 年 月 日	
口座番号		被保険者(申請者) 氏名	
口座名義人(申請者)		住所	
カタカナで記入		(フリガナ)	
		代理人の住所	
		(フリガナ)	
		代理人の氏名	

令和 年 月 日提出

健保記入欄	1. 立替払い等	全額自費・他保険使用	診療日数	日間	国内・海外
	2. 治療用装具	治療用装具名	支給種別	1 初回支給 2 補修 3 再支給	医師指示日 年 月 日
	3. 柔道整復師	施術回数	回		
	4. 生血	輸血回数	回		
支給算出額		資格取得(認定)日	年 月 日	現存	
円		資格喪失(削除)日	年 月 日	喪失後	

受付日印