※ 被保険者は赤色部分を記入
事業主は青色部分を記入してください。

（2021年6月改訂版）

記入例

○○○○ 年 ○○月 ○○日

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

被保険者 家族（いずれかに○） 療養費支給申請書

本人印廃止しました

被保険者記入欄	被保険者証の記号・番号	×××　－　××××××	被保険者の氏名	健保　太郎
	被保険者の住所・連絡先	〒 XXX-XXXX ○○○○ TEL 03 (XXXX) XXXX		
	所属事業所	会社名 TEL 03 (XXXX) XXXX		
	☑本申請書の提出を事業主へ委任します	※事業所所属の方はチェックをお願いします		

申請内容	対象者氏名	健保　花子	傷病名	腰部捻挫
	生年月日	○○○○年　○○月　○○日	傷病又は負傷の年月日	○○○○年　○○月　○○日
	年齢・続柄	５５歳　妻	傷病の原因と経過	段差にて転倒、　治療中
	療養の給付を受ける事が出来なかった理由（いずれかに○ 3・4は理由を必ず記入）	1. 補装具製作所が保険契約なきため（装具作成） 2. 眼鏡が保険適用でなかったため 3. 保険証の携帯ができなかったため（立替払） 4. その他　理由（　）		
	傷病は第三者の行為によるもので（どちらかに○印）	・ある ・ない	領収証の写しの返送	（希望する場合の理由を記入）公費申請のため

委任状

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。　年　月　日

被保険者の　氏名

被保険者、記入することにより会社を通して給付

代理人の（事業主）　年　月　日

住所　〒

氏名

事業主、記入してください　公印不要

受取金融機関（退職者のみ記入）

事業所の公印廃止しました。

*現在事業所へ所属している方は給料口座へ振込となるため記入不要 ＊任継・特退の方は登録口座へ振込みのため記入不要 ＊被保険者名義以外は振り込めません	銀行　信金 信組　農協 （　）	本店 支店 出張所
	口座番号	口座名義（カナ）

決議（健保記入欄）

資格取得年月日	年　月　日			保険証交付年月日	年　月　日	
種別						
一般診療						
調剤						
装具・眼鏡					履歴なし	
計						
付加給付						
合計						

健保組合記入欄

事業所の決裁印（2つ以上必要です）

支給決定額	備考
	法定給付
	付加給付

東京瓦斯健康保険組合					
常務理事		事務長		担当者	

事業所					
				担当者	

＊1 治療用装具の場合の必要書類
①. 領収書（原本）
②. 装具費内訳書（原本）
③. 医師（保険医）の証明書（または同意書）（原本）
④. 治療用靴型装具・足底装具については写真

＊2 立替払の場合の必要書類
①. 領収書（原本）
②. 診療報酬明細書（レセプト）・病院で必ずもらってください
（海外療養費の必要書類はホームページ参照）