

提出ルート:被保険者→事業主→健保
(任意継続被保険者は直接 健保へ)

伺年月日 年 月 日				支払年月日 年 月 日				支給金額			
常務理事	事務長	担当	担当	資格取得年 年 月 日				法定給付			
				請求金額 円				付加給付			
				査定金額 円				支給計			

被 保 険 者 家 族 療 養 費 (法 定 ・ 付 加) 支 給 申 請 書

療養費の申請にあたっては、領収書および領収明細書を添付し、つぎの書類も添付してください。
 1 コルセット・ギプス・義肢等に関する申請 「保険医の証明書」(靴型装具の場合は当該装具の写真)
 2 治療用眼鏡・コンタクトレンズに関する申請 「医師の作成指示書」(患者の)検査結果
 3 輸血(生血)の血液代・移植臓器の移送費に関する申請 「輸血証明書」「医師の意見書」の写し

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		被 保 険 者 の 所 属 ・ 氏 名		部 課 / 主 査			
	被 保 険 者 の 現 住 所		〒 電 話					
	事 業 所 の 名 称							
	傷 病 名		傷病名コード	発 病 また は 負 傷 の 年 月 日		令 和 年 月 日		
	発 病 また は 負 傷 の 原 因		傷 病 の 経 過					
	診 療 を 受 け た 病 ・ 医 院 の	名 称	医 師 の 名 氏					
		所 在 地						
	診 療 の 時 間		自 令 和 年 月 日	至 令 和 年 月 日	日 間	診 療 費	円	
	保 険 医 の 療 養 を 受 け ら れ な っ た 理 由							
	第 三 者 行 為 に よ る 負 傷 で あ る と き		そ の 事 実 の 届 出 の 有 無	有 ・ 無	第 三 者 (加 害 者) 氏 名			
				第 三 者 (加 害 者) 住 所				
申 請 が 被 扶 養 者 に 関 す る 時		氏 名	生 年 月 日	昭 平 令	年 月 日	続 柄		

受 取 代 理	請 求 者	本 請 求 に 基 づ く 給 付 金 の 受 領 を 代 理 人 に 委 任 し ま す 。 令 和 年 月 日			
		被 保 険 者 (請 求 者) 署 名 (自 筆)			
	受 取 代 理 人	代 理 人 の 住 所		(〒 -) (ゴ ム 印 使 用)	
	代 理 人 の 氏 名				

※ (株) SUBARU 期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振 込 口 座	金 融 機 関		銀 行 名		銀 行 ・ 信 金 信 組				店 ・ 本 店 支 店 ・ 出 張 所	
	(ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可)		銀 行 番 号		店 番 号					
	預 金 種 別	1: 普 通 2: 当 座	口 座 番 号					(フリガナ) 口 座 名 義		

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。