下記申請にもとづき次のとおり 支給申請を決定いたしたい。	常務理事	事務長	関係者	担当者
決裁年月日　　年　月　日				

支給額				計算	

被保険者
被扶養者　療養費支給申請書（立替払い用）

東北電力健康保険

チェックをお忘れなく！

××年××月××日

下記のとおり申請いたします。

☑ この届出は被保険者が内容を確認し作成しています

被保険者氏名 フリガナ　デンリョク　タロウ	被保険者証 記号番号	事業所名	◇◆◇◆㈱
電力　太郎		所　属	▽▽支社　○○部
		電話番号	×××－××××

対象者氏名 フリガナ　デンリョク　タロウ	続柄	対象者の生年月日	区分	治療期間	支払額
電力　太郎	本人	××年××月××日 （　××歳　）	入院 外来 調剤	自 ×年×月×日 至 ×年×月×日 実日数（××日間）	X,XXX 円

傷病名	風邪	
療養を受けた病院・診療所等の名称および所在地	名　称	○○病院
	所在地	◆◆市●町XX-XX-XX
療養費の支給申請の理由	☑ 保険証を使用せず受診　☐ 前加入健保へ医療費を返納した ☐ その他（　　）	
傷病が第三者の行為による場合はその事実と第三者住所氏名	事　実	
	住　所	

あてはまる項目にチェック

・外来と調剤がある場合

【添付書類】

☑ **領収書の原本**

☑ **医療機関や調剤薬局で発行する診療（調剤）報酬明細書（レセプト）の原本**

※　領収書と一緒に発行される「診療明細書」は傷病名等の記載がなく詳細を確認できないため不可