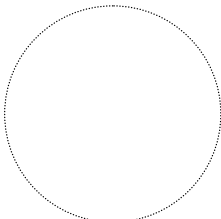


被保険者
被扶養者 **療養費支給申請書**

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号 番号	所属 分室	氏名 No.	
	療養を受けた者の氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	続柄	
	保険医で医療を受けることの困難な理由	<input type="checkbox"/> 1. 治療用装具の装着 (コルセット・ギブス) <input type="checkbox"/> 2. 自費で受診 (理由:) <input type="checkbox"/> 3. その他 (理由:)			
	傷病名	発病・負傷	<input type="checkbox"/> 1. 私傷病 ※発病・負傷の原因が第三者行為によるものかどうか。 <input type="checkbox"/> 2. 第三者行為 日時: 平成 年 月 日		
	発病・負傷の原因と経過				
	療養期間	(自) 平成 年 月 日 診療実日数 (至) 平成 年 月 日 日間 ※治療が終了していない時は(至)・診療実日数は記入不要	医療機関	所在地 名称 医師名	
	療養金額		円		
	上記により療養費を申請いたします。 平成 年 月 日 被保険者住所 _____ 氏名(戸籍名) 印 _____				
	受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。 (任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入不要です) 平成 年 月 日 被保険者氏名(戸籍名) 印			

健保組合受付



注意事項・添付書類等
<ul style="list-style-type: none"> 鉛筆書き、記入・捺印漏れは受けられません。 ★下記の書類を必ず添付してください。 コルセット・ギブスなどの治療用装具申請の時は「医師の意見書」と「領収書」 および靴型装具は当該装具の写真(実際に装着する現物と確認できるもの) 上記以外の療養費申請の時は「診療内容明細書」と「領収書」