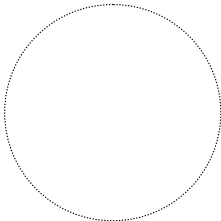


被保険者 療養費支給申請書
家 族

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	所属	氏名 No.	
		番号	分室		
	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"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 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	
	発病・負傷の原因と経過		日時: 平成 年 月 日		
	療養期間	(自) 平成 年 月 日 診療実日数	医療機関	所在地	
	(至) 平成 年 月 日 日間		名称		
療養金額	※治療が終了していない時は(至)・診療実日数は記入不要		円	医師名	
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。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) 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

- ・鉛筆書き、記入・捺印漏れは受け付けられません。
- ★この請求書には下記の書類を必ず添付すること。
 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」
 上記以外の療養費申請の時は「診療内容明細書」と「領収書」