

療養費支給申請書

(被保険者・家族)

常務理事		事務長		主任		担当者	
------	--	-----	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証	記号	番号	氏名							
	申請が被扶養者であるとき	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳 ※診療日(装具作成日)時点を記入	続柄	
	傷病名				発病・負傷年月日	平成	年	月	日		
	発病・負傷原因※ (詳しく記入してください)				発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか				いいえ・はい		
					交通事故・ケンカ等 第三者行為によるものですか				いいえ・はい		
	傷病が第三者行為であるとき	(事実及び第三者の住所・氏名)									
	診療期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日 日間									
	診療に要した費用	円 ※領収書(内訳記載含む)添付									
	保険証を使用できなかった理由	(具体的に記入のこと)									
	上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日 被保険者 住所 氏名 印										
退職者のみ記入	振込先口座	銀行名				支店名				預金種別	普通・当座
		口座番号									
		口座名義人名(カナ)									
事業所名				所属				電話			

医師の証明	傷病名				発病負傷年月日	年	月	日	入院期間	年	月	日	日間
	傷病の経過、手当内容に関する意見												
	所在地 平成 年 月 日 所在地 病院名 医師名 印												

健保記入欄	診療年月	年	月	本人家族区分	本人・家族・未就学・高7・高9							
	種別	補装具・一般診療・あんま・マッサージ・生血・はり・灸						日数	日			
	診療区分	外来・入院・歯科・調剤・他()						回数	回			
	業務上の別	業務外・業務上		第三者行為	該当しない 該当する			支払い	OK・不支給			
	支給金額	円		食事療養	円		支給額合計	円				

事 業 認 所 印	
-----------------------	--

■ 添付書類

※医師による装着同意証明書 および 領収書(内訳記載含む)は必ず原本を添付してください。

※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は必ず原本(国保返還の場合は写)、かつ各月毎、外来、調剤、入院毎にそれぞれ1枚ずつ必要です。
また、「診療明細書」「調剤明細書」では代用できませんのでご注意ください。