塩野義健康保険組合理事長殿　　【送付先】道修町ビル　健保組合

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の 記号		会社名		所　属	
被保険者証の 番号		事業所		氏名№	
療養を受けた者の氏名					
生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日			被保険者との続柄	
保険医で医療を受けることの困難な理由	1. 治療用装具の装着（ｺﾙｾｯﾄ･ｷﾞﾌﾟｽ等） 2. 自費で受診（理由：　　） 3. その他　（理由：　　）				
傷病名		第三者行為によるものですか	はい　・　いいえ （はいの場合は別途届出が必要です）		
		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と経過					
診療期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　　日間 ※上記の期間に入院していた場合はその期間 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　　日間				
療養金額	円　（10 割負担額を記入）				
診療を受けた医療機関	所在地： 名　称： 医師名：				

上記により療養費を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

〒

被保険者 住 所

氏 名（戸籍名）

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、必ず記入してください。

（任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入不要です）

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名（戸籍名）

健保組合受付

注 意 事 項 ・ 添 付 書 類 等

・鉛筆書き、記入漏れは受付けられません。

★ 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」