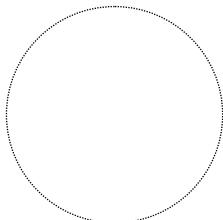


被保険者
被扶養者 **療養費支給申請書**

記号 被保険者 証の 番号	会社名	所属	
	事業所	氏名No.	
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・ギプス等）		
	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 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・ギプ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」