

受付年月日	年 月 日	決 済	理事長	常務理事	事務長	担当
同年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
支払年月日	年 月 日					
支給額	円					
支給期間	自 年 月 日	日間	資格取得	年 月 日		
	至 年 月 日		資格喪失	年 月 日		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤務する (していた)事業 所	名称			
			所在地			
傷病名			発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
発病又は 負傷の原因						
傷病の経過						
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称			所在地 及び電話 番号	〒	
	氏名					
診療又は 手当の内容				入院期間	自 年 月 日	
					至 年 月 日	
				コルセット装着日	年 月 日	
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 円也		
	至 年 月 日					
診療又は手当が被 保険者の選定に係 る特別の病室の提 供、その他厚生大 臣が定める療養を 含むときはその旨						
療養の給付又は特 定療養費もしくは 家族療養費の支給 を受けることので きなかつた理由						
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実 と届出の 有無			加害者	氏名	
					住所	
被扶養者に関する 申請のとき	氏名			生年月日	昭・平 令	年 月 日 続柄
振込先指定口座 ※被保険者 (本人)口座	銀行・農協 支店			普通 当座	NO.	
上記のとおり申請します。						
				〒	住所	
年 月 日				被保険者の		
健康保険組合理事長 殿				氏名		印

(添付書類)

輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、
「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書(原本)」を添付してください

(2021.6)