

資格取得年月日	年 月 日	支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	決議 年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費			円			
療養に要した額	円	第二家族療養費				常務理事	事務長	担当者
(算出基礎)	一部負担還元金							
	家族療養費付加金							
	計(支給金額)							

被保険者 療養費支給申請書
家 族

年 月 日提出

被保険者証 記号・番号	—		被保険者の 氏名及び印	印				
被保険者の住所	〒 (TEL)							
事業所名称								
所属部署名								
被扶養者のもの であるとき	氏名				年 月 日生	被保険者 との続柄		
傷 病 名				発病または 負傷年月日	年 月 日			
発病または 負傷の原因								
療養を受けた 病院など	所在地							
	名称							
療養の内容								
療養の期間	年 月 日から			日間	療養に要 した費用	¥		
外国での受診 であるときは	国名				外貨総請求額			
	通貨単位				邦貨換算率	1 = ¥		
保険医療を受けることが できなかった理由(詳細に)								
公費負担 (<input type="radio"/> 乳 <input type="radio"/> 身 <input type="radio"/> 老) その他の医療証) の有無を○で囲んで下さい							有 ・ 無	

- (注意) ①支給される金額は、健康保険法で定められている金額ですので、被保険者が実際に支払った金額とは同じ額でないことがあります。
 ②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、医師の証明書、または意見書と領収明細書の原本を添付してください。
 ③保険医療機関以外で療養を受けたとき及び通勤災害・業務上災害は支給されません。

振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(フリガナ)
			普通預金		

※ゆうちょ口座は不可