

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)		高 額 療 養 費						
		入院時食事・生活療養費						
		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	Ⓜ				
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				
発病又は 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	年 月 日 まで	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 (乳 身 老) その他の医療証) の有無を○で囲んでください						有 ・ 無		

- (注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。
 ②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本及び「装具の写真又は画像を印刷したもの」を添付してください。
 ③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

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		