

◎請求上の注意
二、輸血の被保険者、被扶養者は、該当する文字を申請の囲き込んでください。
一、医師の証明書のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

記入例

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	記号 1	番号 11111	従業員番号			
所属事業所 及び部署名	ヨドバシカメラ ○○店		電話(内線) ○○-○○○○-○○○○			
傷病名	急性胃腸炎	発病又は 負傷の年月日	令和 ○○年 ○○月○○日			
発病又は 負傷の原因	発病又は負傷の原因をご記入ください					
傷病の経過	診療・投薬により治癒					
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	○○○○病院	所在地 及び 電話番号	東京都○○区○○番地○○号		
	氏名	○○ ○○		電話	○○(○○○○)○○○○	
診療又は 手当の内容	内服薬処方	入院期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日			
		コルセット装着日	令和 年 月 日			
診療又は手当を 受けた期間	自令和 ○○年 ○月 ○○日 至令和 ○○年 ○月 ○○日	○日	診療又は手当に 要した費用の額	金 10,000 円也		
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、その他厚生労働 大臣が定める療養を含む ときはその旨	支払った金額					
被保険者証で診療又は 手当を受けることが できなかった理由	保険証を忘れ全額負担したため					
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	無		加害者の氏名		
				加害者の住所		
被扶養者に関する 申請のとき	氏名	健保 花子	生年月日 昭和 平成 令和	○年○月○日	被保険者 との続柄	妻
上記のとおり申請します。						
令和 ○年 ○月 ○日						
(〒○○○-○○○○)						
住所 東京都○○区 ○○番地○○号						
被保険者 氏名 健保 太郎						
電話 ○○(○○○○)○○○○						
ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿						

振込先	銀行 金庫	本店 支店	普通	当座	店番号 123
	カタカナで記入してください。		口座番号		1234567
口座名義 (被保険者名義)		ケンポ タロウ			

※ 記入上の注意

- ・ 病院(外来、入院別)、薬局ごとに記入してください。
- ・ 月ごとに記入してください。
- ・ 受診者ごとに記入してください。
- ・ **診療報酬明細書(原本)及び領収書(原本)を添付してください。**

受付日付印