

◎請求上の注意
二、輸血及びコルセット着用者、被扶養者は、該当する文字を請うて囲んでください。
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 | ○○○○ | | 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・治療用装具を作成 | | | | |
| 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 | 治療用装具を作成 | | 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 | ○○日間 | 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 | | | | | |
| 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

- ・ 医師の指示書(原本)及び領収書(原本)を添付してください。
- ・ 靴型装具を申請される場合、装具の写真を添付してください。

医師の

受付日付印