

①請求  
二、輸上  
血題の注  
意  
被  
保  
者  
の  
注  
意  
コ  
ル  
セ  
ッ  
ト  
被  
扶  
養  
者  
は  
該  
当  
す  
る  
文  
字  
申  
請  
の  
と  
開  
き  
は  
く  
一  
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 療養費支給申請書  
被扶養者

被 保 険 者 等 号 記 号 番 号 従 業 員 番 号	1 11111		
所 属 事 業 所 名 及 び 部 署	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
	氏 名	○○ ○○	東京都○○区 ○番地○○号 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	第三者行為による負傷であるかの有無は必ず記入してください		
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 (〒○○○-○○○○)		※ 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。	
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	本店	普通	当座	店 番 号
	金庫	支店			123
口座名義 (被保険者名義)	カタカナで記入してください。			口 座 番 号	
	ケンボ タロウ				1234567

※ 領収書、診療報酬明細書(レセプト)の原本を添付してください。  
器具や眼鏡は医師の指示書や証明書、はり灸、あんまマッサージは医師の同意書の原本も添付が必要 受付日付印