

◎申請上血題の注意
 二、輸標及被
 保者、被
 セット被
 等扶養者
 療用は該
 具にす関
 する文字
 の申請で
 困きは、
 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。

被保険者
 被扶養者
 療養費支給申請書

被 保 険 者 証 の 号 ・ 番 号	記 号	番 号	従 業 員 番 号			
所 属 事 業 所 名 及 び 部 署						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						
傷 病 の 経 過						
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 名 及 び 医 師 の 氏 名	名 称			所 在 地 及 び 電 話 番 号	電 話 ()	
	氏 名					
診 療 又 は 手 当 の 内 容				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 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						
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			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		生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (〒 -) 住所 被保険者 氏名 電話 () ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿						

キリトリ線

振 込 先	銀 行 金 庫		本 店 支 店	普 通 ・ 当 座	店 番 号
	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	

※ 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。
 装具や眼鏡は医師の指示書や証明書、はり灸は医師の同意書の原本も添付が必要です。

受付日付印