

◎申請上の注意
 二、輸血の注
 意
 コルセット被
 傷者、被
 等扶養者用
 治療器具は
 該申請の文字
 申請のときは
 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。

被保険者
 被扶養者
 療養費支給申請書

被 保 險 者 等 号 記 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 及 び 医 師 の 氏 名	名 称	所 在 地 及 び 電 話 番 号		電 話 ()		
	氏 名	入 院 期 間		自 令 和	年	月 日
診 療 又 は 手 当 の 内 容	至 令 和		年	月	日	診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用 の 額
	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	日 間	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 き 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
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						

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、あんまマッサージは医師の同意書の原本も添付が必

受付日付印