◎申請上の注意
一、標題の被保険者、被扶養者は該当する文字を○で囲んでください。
二、輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「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

被保険者等記号・番号	記号	番号	従業員番号		
所属事業所及び部署名	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				
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

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（✓のないものは委任したものとみなします。）←チェックしてください。

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。
装具や眼鏡の場合は医師の指示書や証明書、はり灸、あんまマッサージの場合は医師の同意書の原本も添付が必要です。

受付日付印

キリトリ線