

資格取得年月日	年 月 日	支給期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	決議 年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費		円	
療養に要した額	円	第二家族療養費			常務理事 事 務 長 担 当 者
(算出基礎)		高 額 療 養 費			
		入院時食事・生活療養費			
		計 (支給金額)			

被保険者
家 族

療養費支給申請書

年 月 日提出

社員番号		被保険者証の 記 号 一 番 号	—	被保険者 の氏名		
被保険者の住所	〒 (TEL)					
事 業 所 名 称						
所 属 部 署 名						
被扶養者のもの であるとき	氏 名		年 月 日生	被保険者 との続柄		
傷 病 名			発 病 また は 負 傷 年 月 日	年 月 日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
療養を受けた 病 院 な ど	所 在 地					
	名 称					
療 養 の 内 容						
療 養 の 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	療 養 に 要 し た 費 用	¥	
外国での受診 であるときは	国 名		外 貨 総 請 求 額			
	通 貨 単 位		邦 貨 換 算 率	1	= ¥	
保険医療を受けることが できなかった理由 (詳細に)						
医療費助成制度 (こども医療費助成制度など) の受給者証の有無を○で囲んでください					有 ・ 無	

(注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。

②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本を添付してください。また、購入した装具が「靴型装具」の場合は、装具の写真又は画像を印刷したものを、専用貼付台紙に貼って添付してください。

③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)
			普通預金		