

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|---|---|---|-----------------------------|--|---|------|-----|-----|
| 伺いの日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 資格取得年月日 | | | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 支給 支払 決議書 | 支給 金額 | | 千 | 円 | <input type="checkbox"/> 昭和 | | 年 | 月 | 日 | |
| | 法定 | | | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | | |
| | 付加 | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | | | |

記入例

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-----------------------|---|----|-----------------|------------------------------|---------|-------------|------|----------------|----------|---------|------------------|-----------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証の 記号と番号 | 記号 | × | 番号 | ××××× | ② 被保険者 氏名と印 | 住 べ 太 郎 | | ③ | | | | | |
| | ④ 申請が被扶養者 に関するとき | 被扶養者氏名 | | | 被扶養者生年月日 | | | 被扶養者 の続柄 | 妻 | | | | | |
| | ⑤ 被保険者の現住所 | 神奈川県横浜市中区〇〇×-×-× | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥ 事業所の名称 | 住友ベークライト(株) 等、所属する会社名 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑦ 発病又は負傷日時 | 令和 | × | 年 | × | 月 | × | 日 | × | 時 | × | 分頃 | ⑧ 発病または 負傷の原因 | 自転車走行中の転倒 |
| | ⑨ 傷 病 名 | コルセット代 | | | | ⑩ 医師・歯科医師・ 作成業者の住 所・名称 | | | 住所 | 千代田区神田神保町×-×-× | 名称 | 〇〇義足製作所 | | |
| ⑪ 診療内容の概要 | 足の骨折の治療のためコルセットを使用。 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ 受診した期間 | 自令和 ××年 ××月 ××日 | | | | 至令和 ××年 ××月 ××日 | | | | ××日間 | ⑬ 診療に要した費用 | ××,××× 円 | | | |
| ⑭ 疾病または負傷の 経過 | 自転車で走行中、人を避けようとして転倒・骨折 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮ 療養の給付(保険 診療)を受けること ができなかった理 由の詳細 | コルセット作成業者が保険医療機関でないため。 | | | | | | | | | | | | | |

上記請求金額の受領を

被委任者印

に

委任します。

令和 ××年 ××月 ××日

委任者印

被保険者
氏名・印

住 べ 太 郎

※ 受 付 日 付 印

イ. ※のところは記入しないで下さい。
ロ. 該当しない字句は抹消して下さい。①から⑮までぬかさないうち注意して下さい。
ハ. 傷病が第三者の行為によるものである時は「第三者行為傷病届」の所定用紙に記入添付して下さい。
ニ. 伝染病棟に収容された場合は、その機関の領収書を右の領収書欄に貼付して下さい。