

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
					☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		
支給 支払 決議書	支給 金額			千						
	法定									
	付加									

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 印					
	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	長女					
		住 べ 花 代			☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	× ×	年	×	月	×	日			
	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	乳児健診で弱視と診断
	⑨ 傷 病 名	弱視				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 〇〇メガネ店				
⑪ 診療内容の概要	乳児健診で弱視と診断され、眼科を診断した結果、弱視用メガネで 治療することとなった。													
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	乳児健診で弱視と診断													
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	治療用メガネ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			
委任します。											に			
令和 × × 年 × × 月 × × 日											委任者印			
被保険者 氏名・印											住 べ 太 郎			
											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までぬかさないよう注意して下さい。
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。