被保険者
家　族　療養費支給申請書

被保険者・被扶養者記入欄

被保険者等	記号	番号	被保険者氏名		
事業所名・所属	（ 所属 ）		生年月日	(和暦)　年　月　日	
被保険者 居所住所	〒　－		TEL	（　）	
被扶養者が 受診した場合	氏名		生年月日	(和暦)　年　月　日	続柄
傷病名	**外傷の場合は「傷病原因届」を添付**		発病又は負傷の年月日	(和暦)　年　月　日	
発病または 負傷の原因	**第三者行為により受傷した場合は「第三者による傷病届」を添付**				
診療を受けた 医療機関等	住所（所在地）				
	医療機関名		診察した医師名		
申請理由 （該当理由に「レ」を入れてください）	□ 治療用装具（コルセット等）作成のため　□ 以前加入していた健康保険を使用したため □ 保険証の不携帯のため提示できず、１０割負担したため □ その他（　）				
備考欄		被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。 （個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。） **※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。**			

治療用装具を装着する場合の医師の意見記入欄

装着年月日	(和暦)　年　月　日	装着時	□ 入院　□ 外来
傷病名		装具名	

うえの傷病のため治療用装具の装着を認めます。

(和暦)　年　月　日

住所（所在地）

医療機関名

医師名　　TEL　（　）

◎治療用装具を装着した場合は、上記に医師の意見を記入してもらい（証明書の添付でも可。ただし、入院・外来の種別記載があるもの）、領収証(原本)と明細書を添付してください。

◎医療機関で発行した診療報酬明細書（病名の記載が入ったもの）、調剤報酬明細書と領収証（原本）を添付してください。

◎この申請書は、受診者別、診療月別、医療機関別、調剤薬局別、入院・外来別に申請してください。

委任欄

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。

(和暦)　年　月　日

被保険者氏名

※退職された方のみご記入ください。（被保険者本人名義に限ります。）

受付日付印

※退職者記入欄

銀行コード						支店コード					口座番号										

□ 銀行　□ 農協　□ 信金　□ 信組　　□ 本店　□ 支店　　種別　　□ 普通　□ 当座

フリガナ

名義人