

被 保 険 者
家 族

療養費支給申請書

申請年月日	令和 年 月 日		事業所（会社） の名称			
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)		
連絡先住所・ 電話番号	(〒 -)		(TEL :)			
対象者氏名	対象者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被保険者 との続柄		
傷病名	発病または 負傷の年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
発病または 負傷の原因	診療または 手当の内容		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の作成	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他		
傷病の経過	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()					
診療を受けた 医療機関 調剤薬局等	名称	医師または薬剤師の氏名				
	住所					
診療または手当の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	診療または装具 等に要した費用 の額	円		
療養の給付を受ける ことができなかった 理由	<input type="checkbox"/> 保険証を持たずに医療機関を受診したため <input type="checkbox"/> 治療用装具、治療用眼鏡等を作成し、費用を全額負担したため <input type="checkbox"/> 当組合に加入する前の保険証を使って受診し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> その他 ()					
傷病が第三者の行為に 因るものであるか否か	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です					
受取方法	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します					
振込先 指定口座	金融機関名称	銀行		支店（出張所）		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		口座番号		
	口座名義					

K001 退

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印