

療養費支給申請書

被保険者証 記号		番号	
被保険者氏名	昭・平 年 月 日生		

療養を受けた方

フリガナ 氏名				被保険者との続柄()
	昭・平・令 年 月 日生			※子の場合は、長男、次男、のように記入
傷病名				
発病、負傷の原因 およびその経過				
第三者の行為に よりますか	いいえ ・ はい →別途届出（第三者行為に関する傷病届）が必要です。			
申請理由 <small>(いずれかに○()内詳細記入)</small>	1. 立 替 払 等 (保険証不所持・第三者行為・その他) 2. 治 療 用 装 具 (入院中装着・通院中装着・小児治療用眼鏡) 3. そ の 他 ()			
受診月・区分	令和 年 月 受診分	要した費用	円	
	外来 ・ 入院 ・ 調剤 (いずれかに○)			
診療を受けた 病院等	名称		医師氏名	
	所在地			
<p>上記金額の受領を右記のものに委任します。 委任者</p> <p>下記□を確認✓</p> <p><input type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名 _____</p>				

注意事項

- ① 立替払の場合は、診療報酬明細(点数明記のもの)と 領収書原本を添付してください。
※診療報酬明細1枚につき、この申請書1枚の記入が必要です。
- ② 診察が月をまたがる場合は、月ごとの申請書を作成してください。
- ③ 装具の場合は、下記すべてを添付して下さい。
・医師の意見及び装着証明・装具代金の領収書(明細)・装具作製確認書(眼鏡は不要)・装具写真

事業所確認	

以下は健保組合使用欄

レセ確認

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者