

※	支給決定日		常務理事	事務長	MGR	担当	CPU
	支給額	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>【注意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記入事項は全て記入してください。空欄があると書類を受領できません。 ・記載方で不明な点などありましたら、提出前にご連絡ください。 </div>					

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (回)

※欄は健保使用欄です

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証		事業所名称・連絡先				※前回	年	月	日
	記号	番号	(株)JTB OO支店				※資格取得日			※資格喪失日
	1002	456789	問い合わせ可能連絡先 TEL 03 - 5796 - 4000				月	日	月	日
	氏名		被保険者 住所		TEL 03 - 3200 - 4800					
	健保 順子		〒134-0088		東京都江戸川区西葛西5-9-4-302					
	(生年月日 昭・平) 4年 6月 27日)									
	申請対象者が 家族の場合	氏名					年齢			
	傷病名	風邪	発病負傷の 年月日	1年	8月	10日				
	発病負傷の原因	どこで	どのように	寒気がしたため						
	※第三者の行為であるか	はい	いいえ	※はいの場合は、ご提出前に 健保にご連絡下さい	※業務上の事由によるものか	はい	いいえ	※はいの場合は、ご提出前に 健保にご連絡下さい		
医療機関 名称等	名称	OO病院		診療を担当した	不明					
	所在地	東京都品川区東品川2-3-11								
申請理由 (○をつける)	① 保険証を持たずに受診		② 旧保険証を使用して受診							
	③ 治療用装具(コルセット等)を購入		④ 治療用装具(弾性着衣)を購入							
	⑤ 治療用眼鏡等を購入		⑥ その他 ()							
申請理由が ①・②・⑥ の場合										
診療の内容	診察のうえ、薬が処方された。									
診療の期間	自	平令	1年	8月	10日	日数	・入院	領収書の 金額	9,600 円	
	至	平令	1年	8月	10日	・通院				
提出書類	※診療月、医療機関(薬局)ごとに申請書を分				※月ごと、医療機関ごとに申請用紙が1枚必要になります。					
	①の場合…医療機関(薬局)の明細書(原				例) 4月にA病院とB薬局にかかった→2枚					
	②の場合…診療報酬明細書(開封無効)				4月にA病院とB薬局、5月にA病院にかかった→3枚					
	⑥の場合…ケースにより異なるため、健保				かかった月数・医療機関が分からない場合はご相談下さい					
申請理由が ③・④・⑤ の場合										
装具購入日	平令	年	月	日	※	・入院	領収書の 金額			
					・通院					
提出書類	③の場合…治療上装具の必要を認				被保険者の銀行口座を必ず記入してください。					
	装具の写真(靴型装具のみ)※明細				ゆうちょ銀行の場合も支店名(店番号)を必ず記入してください。					
	④の場合…治療上弾性着衣の必要を認めた医師の証明書等(原本)+明細書(原本)+領収書(原本)									
	⑤の場合…作製指示書(原本)+眼鏡の領収書(原本→レンズ代、フレーム代等の内訳の記載のあるもの)									
*振込先の銀行は被保険者(請求者)名義のものを記入										
振込先金融機関	OOOO		銀行	信金	支店名	OOO	支店	本店		
			信組	農協	(店番号)	(857)	営業部			
口座種別	普通		口座番号	1234567						
			口座名義	健保 順子						
			(力ナ)	(ケンポ ジュンコ)						
								受付日印		