

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

支給支払決議書			
常務理事	事務長	点検	担当者

(被保険者・被扶養者の文字はいずれか該当する方を○で囲んでください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号番号	被保険者氏名		会社・所属名			
	—						
	被保険者住所	〒			電話(自宅・勤務先・携帯) — —		
	療養を受けた者の氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生
	傷病名				発病または 負傷の年月日	令和	年 月 日
	発病または 負傷の原因	☐ 業務上 ☐ 運動中 ☐ 通勤途上 ☐ 第三者行為 ☐ 交通事故 ☐ その他		原因			
	原因が外傷や第三者行為等による場合は「負傷原因届」を貼付してください。						
	療養を受けた 病院・診療所	名称			診療した 医師氏名		
		所在地					
	診療期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診療に要した 費用	円		
療養の給付を 受けることの できなかった事由							
入院、入院外の別	☐ 入院 ☐ 入院外	入院のときはその期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		

療養費の支払いは、銀行振込です。被保険者名義の取引銀行をご記入ください。(通帳のコピーを添付)

振 込 先	銀行名	支店名	種目	口座番号	(フリガナ) 被保険者の口座名義
			普通		

- ☐ 記載できる欄はもれなく記載し、空欄は斜線を引いてください。
次の場合、この療養費支給申請書につぎの書類を添付してください。
- ☐ 保険証を提出できなかったときは、『領収(診療)明細書』を添付してください。
- ☐ 輸血(生血)の血液代を申請するときは、『領収書』と『輸血証明書』を添付してください。
- ☐ はり・きゅう・マッサージ代を申請するときは、『領収書』と『保険医の同意書』を添付してください。

受付日付印

支給額	振込日
円	