

この欄は記入しないで下さい。

支給決定伺		年 月 日		
療 養 費	円	常務理事	事務長	担 当
第二家族療養費	円			

被保険者
被扶養者
療養費支給申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	-		事 業 所 名				
傷 病 名				発病または 負傷の年月日	年 月 日		
発病または負傷の 原因及びその経過	(いつ) 月 日 午前 時 分頃 (どこで) 午後 (どのように)						
診 療 を 受 け た 病 院 等	名 称			診察した医師氏名			
	所在地						
診 療 内 容							
診 療 を 受 け た 期 間	自 年 月 日 日間	入院・入院外 の別		入 院	入院の場合左記の入院期間		
	至 年 月 日 日間			入院外	自 年 月 日 日間	至 年 月 日 日間	
診 療 に 要 し た 費 用 の 額	円		第三者の行為に よるものですか		は い ・ いいえ		
申 請 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き	氏 名			生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
保険者又は保険者の指定 する者に療養を受けるこ とができなかった理由	(治療用補装具装着の場合は必要ありません。)						
上記のとおり領収書添付のうえ申請します。 年 月 日 住所 被保険者 氏 名							
㊟							