

健康保険 被保険者療養費支給申請書 (第 回目)

(被保険者への注意事項)
 1 コルセット、義肢等に関する申請のとき使用してください。
 2 装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書を添付してください。
 3 実費についての領収証書を必ず添付してください。
 4 靴型装具を装着したときは、靴型装具写真貼付台紙に靴型装具の写真を貼り付けて提出してください。
 5 ※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	事業所の 名称と所在地						
	傷病名	番号			発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日	(負傷の場合は 時頃)		
	発病又は 負傷の原因 及びその経過								
	診療を受けた病・医院の	名称				医師名			
		所在地							
	診療の内容	上記傷病のため治療用装具の装着を要する。							
	製作指示年月日	令和 年 月 日				装着に要し た費用の額	金 円也		
	領収年月日	令和 年 月 日							
	療養の給付を 受けることが できなかった理由	補装具製作所が保険契約なき為。				装着した際入 院したか否か	した・しない		
	第三者の行為 によつてか ない	あ る ・ な い	第三者の行 為によつて負 傷したときは	その事実の届出の有無 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)		あ る ・ な い			
申請が被扶養 者に関する ときは、その者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	被保険者 との続柄				
上記のとおり申請いたします。									
令和 年 月 日									
〒									
住所									
被保険者の 氏名									
電話									

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	〒 住所 被保険者 氏名	
	〒 住所 代理人 (事業主) 氏名	

※ 支 給 額	支給期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)
	保険金額	円 × $\frac{1}{10}$ = 円
	自己負担額 ($\frac{1}{10}$) 控除額	円 - 円 = 円

令和 年 月 日提出
 受付日付印

※ 資 格	得	昭和 平成 令和	年 月 日	係
	喪	令和	年 月 日	
	被扶養者認定年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	

※ 記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。

備考欄 被保険者証の記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記入してください。
 (個人番号を記入した場合、本人確認等をするための添付書類が必要となります。)

東京都信用金庫健康保険組合