

健康保険被保険者療養費支給申請書(第1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 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 54 番号 211	事業所の 名称と所在地	駿河台信用金庫 千代田区神田駿河台1-1-1			
	傷病名	変形性腰椎症		発病又は負傷 の年月日	令和〇〇年5月7日 (負傷の場合は11時頃)		
	発病又は 負傷の原因 及びその経過	休日に掃除をしている時に痛めた					
	診療を受けた 病・医院の	名称	宮崎整形外科		医師名	宮崎 秀明	
		所在地	豊島区池袋1-2-3				
	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	令和〇〇年6月3日			装着に要し た費用の額	金 22,290 円也	
	領収年月日	令和〇〇年6月3日			装着した際入 院したか否か	した・ <u>しない</u>	
	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。			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	ある・ない	
	第三者の行為 によるもの か	ある <u>ない</u>	第三者の行 為によって負 傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない		
申請が被扶養 者に関する ときは、その者の	氏名	木村 恵美		生年月日	昭和〇〇年7月7日生 平成令和	被保険者 との続柄	妻
上記のとおり申請いたします。 令和〇〇年6月6日 〒123-4567 住所 練馬区練馬1-12-19 被保険者の氏名 木村 英司 電話 03 (1234) 5678							

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。 令和〇〇年6月6日 〒123-4567 住所 練馬区練馬1-12-19 被保険者氏名 木村 英司
	〒101-0062 住所 東京都千代田区神田駿河台1-1-1 代理人(事業主)氏名 駿河台信用金庫 理事長 堀 一郎

※ 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

令和〇〇年6月7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