

被保険者
家 族

療養費支給申請書

被保険者 者が記入する欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	所属			
	療養を受けた者	氏名				続柄	
		生年月日	年 月 日				
	傷病名			発病又は負傷の年月日	年 月 日		
	発病又は負傷の原因						
	保険医で診療を受けることが困難であった理由など	治療用装具の装着(コルセット・キップス等) 自費で診療(理由: その他(理由:					
	診療を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			日間	入院・通院の別	入院 · 通院
	入院の場合その期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			日間	療養費の金額(10割負担額)	円
	診療を受けた医療機関の所在地・名称、医師名	所在地 名称 医師名 電話 - - -					
	傷病が第三者の行為によるものである時は、その状況、加害者の氏名・住所		事故の状況 加害者の氏名・住所				
上記のとおり請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。							
令和 年 月 日 元 - 被保険者 住 所 氏 名 田辺ファーマ健康保険組合理事長殿 電話 - - -							

振込希望銀行 (資格喪失者(退職者)のみ記入、ゆうちょ銀行除く)	[] 銀行 [] 支店 (普通) 口座番号[] 口座名義(カタカナ)[]
-------------------------------------	---

2025.11.01

<添付書類>

1. 装具装着の場合:装具装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の意見書および装具代金の領収書および装具部品価格明細
2. 自費で診療を受けた場合(保険証を持参せず、自費で受診した場合)
:領収(診療)明細書および領収書
3. その他の理由による場合:当健康保険組合にお問い合わせください。

【添付書類 貼付台紙】

A4サイズ以下の添付書類はここに貼って提出してください。

- ・領収書、領収(診療)明細書は原本必須です(コピー不可)。
- ・複数枚ある場合は、受診日、氏名、金額、発行日付等の明細がわかるように重ねて貼ってください。
- ・被保険者・家族 療養費支給申請書を上にして、左上部分をのり付けして提出してください。

