

(本人・家族) 療養費支給申請書

										請求日 令和 年 月 日		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号		記号			被保険者の氏名 と生年月日		(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日生				
	被保険者の住所		〒	-				〒 ( ) -				
	事業所名								〒 ( ) - 営業所・店			
	療養が被扶養者のとき はその者の氏名				被扶養者の 生年月日		昭・平・令		年		月 日生	
	傷病名				発症又は 負傷年月日		平成・令和		年		月 日	
	発病又は負 傷の原因及 びその経過						第三者(他人)の行 為によるものですか		いいえ・はい			
	診療を受け た病院等		病院の名称				医師の氏名					
			病院の所在地									
	自費診療を 行った期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		日間		左のうち入 院した期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		日間	
	診療の内容				診療に要し た費用の額				円			
	療養の給付を受けるこ とができなかった理由											
	治療用装具を 装着した場合は		治療用装具 の装着日		平成・令和 年 月 日		治療用装 具の額		円			
振込先 金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合 農協・他		支店 営業所		口座 番号						
		預金 種類		普通・他 ( )		口座名義 (被保険者名)						

この請求書には 右の書類を添付 して下さい。	『診療内容明細書(レセプト)』と『領収書』 治療用装具の場合は『治療用装具装着に関する医師の意見書等』と『治療用装具の領収書』
------------------------------	--

組 合 使 用 欄	資格取得日	平成・令和 年 月 日	扶養認定日	平成・令和 年 月 日
	装具コード		支給種別	初回・補修・再支給
	支給金額	-3・2・1=		円

リーガル健康保険組合