

(本人・家族) 療養費支給申請書

| | | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------------|---------------|------------------------|---------------------|--|
| | | 請求日 令和 元 年 10 月 1 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 | 〇〇 | 被保険者の氏名 と生年月日 | (フリガナ ケンポ タロウ) | |
| | | 番号 | 〇〇〇〇 | | 健保 太郎 (健保) | |
| | 被保険者の住所 | 〒 279 - 0013 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇 | | Tel (047) ××× - ×××× | | |
| | 事業所名 | (株)リーガル〇〇 | | Tel (047) 304 - ×××× | | |
| | 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 | 腰椎圧迫骨折 | | 発症又は 負傷年月日 | 平成 (令和) 元 年 9 月 7 日 | |
| | 発病又は負傷の原因及びその経過 | 自宅の階段を踏み外し転落 | | 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 | | |
| | | 〇〇整形外科 | | 〇〇 〇〇 | | |
| | | 病院の所在地 | | | | |
| | 千葉県浦安市舞浜△-△-△ | | | | | |
| 自費診療を行った期間 | 平成・令和 年 月 日から 日 | 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 日 | 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) 元 年 〇 月 〇 日 (領収証の日付) | 治療用装具の額 | 〇〇 (領収証の金額) 円 | | |
| 振込先金融機関名 | ×× | 銀行 | △△ | 支店 | 口座番号 | |
| | | 信用金庫 | | 営業所 | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| | | 信用組合 | 預金種類 | 普通 (他 ()) | 口座名義 (被保険者名) | |
| | | 農協・他 | | | ケンポ タロウ | |

| | |
|----------------------|---|
| 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= | | 装着日 |
| | | | | 円 |

リーガル健康保険組合