常務理事	事務長	事務次長	担当

被保険者 療養費 / 家族 療養付加金 支給申請書（治療用装具専用）

令和　　年　　月　　日

被保険者証の記号・番号	生年月日				被保険者氏名（申請者）	（フリガナ）キョウドウ タロウ
2148 / 2030000	昭和 平成 令和	年	月	日		共同 太郎

事業所の		
	名称	一般社団法人共同通信社 ●●局 ●●部
	所在地	東京都港区東新橋1-7-1
被保険者住所		（〒 151 － 0064 ） 東京都渋谷区上原1-1-●
電話番号（日中の連絡先）		TEL 03 － ●●●● － ●●●● （内線 ●●●● ）

療養が被扶養者に関するときは、その者の	氏名	共同 花子	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	妻

傷病名	右足関節脱臼	発病又は負傷年月日（療養開始日） 年 月 日
発病又は負傷の原因及びその経過	自宅階段で転倒	第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい

診療を受けた病院等	名称	●●病院	診療した医師氏名	●● ●●
	所在地	東京都港区●●1-1-1		

診療の期間（支給期間）					日数	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間	診療に要した費用の額
	自	年	月	日			自 年 月 日	
	至	年	月	日	日	0:入院外 1:入院	至 年 月 日 日間	●●, ●●● 円

診療の内容	右足用装具の装着
療養費の支給申請の理由	治療用装具を作成したため

手続き1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んで下さい。

2.「装具が傷病の治療のため必要と認められる医師の証明書（原本）」及び「装具代金領収明細書（原本）」をそえて「療養費支給申請書」を被保険者が記入のうえ組合に提出して下さい。

共同通信社健康保険組合