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 （立替払等）

提出日 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）
	昭和 平成 令和	年 月 日	（フリガナ）

事業所名 （所属名）	
被保険者 （申請者） 住 所	（〒 ー ）
電話番号 （日中の連絡先）	ＴＥＬ ー ー （内線 ）

申請が被扶養者に関するものであるとき	氏 名	生 年 月 日		続柄
		昭和 平成 令和	年 月 日	

傷 病 名		発病又は負傷年月日	入院 ・ 外来 年 月 日
発病又は負傷の原因			

診療を受けた病院等の名称及び住所	名称		医師の氏名		
	住所	ＴＥＬ ー ー			
診療の期間（支給期間）	自	年 月 日	至	年 月 日 日間	入院・外来の別 入院 外来
入院の場合上記の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		診療に要した費用	円 （別紙領収明細書のとおり）	
診療又は手当の内容					

療養費支給申請の理由		※受付印
医療助成について	１．受けている（ ）２．受けていない	
傷病が第三者の行為によるときはその事実並びに第三者の住所氏名		

【自費で診療を受けた場合】

1. 医療機関から交付された診療報酬明細書（レセプト）あるいは、当健保仕様の医療領収明細・調剤領収明細に、医療機関・保険薬局の証明を受けた領収（診療）明細書
2. 医療機関が発行した領収書（原本）

【以前加入していた健康保険の被保険者証等を使用し医療費を返還した場合】

1. 医療費を返還した金額の領収書（原本）
2. 医療費を返還した際、他健保より受け取った（診療報酬明細書「開封厳禁」）封筒等

共同通信社健康保険組合