

常務理事	事務長		担当

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書 (治療用装具専用)  
家 族 療 養 付 加 金

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号		生 年 月 日			(フリガナ) キョウドウ タロウ			
2148 ----- 2030000		昭和 平成 令和	年	月	日	被 保 険 者 名 氏 (申 請 者) 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 <input checked="" type="radio"/> 0:いいえ <input type="radio"/> 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)	自	年	月	日	日数	入院の場合左記の入院期間		診療に要した費用の額
	至	年	月	日	日	0:入院外 1:入院	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	
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。