

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			被 保 険 者 氏 名 (申請者)		(フリガナ)
-----		昭和 平成 令和	年	月	日		
事業所の	名称						
	所在地						
被保険者住所		(〒 - )					
電話番号 (日中の連絡先)		TEL - - (内線 )					
療養が被扶養者に関するときは、その者の		氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
傷病名							被保険者との続柄
発病又は負傷の原因及びその経過							発病又は負傷年月日 (療養開始日) 年 月 日
							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				診療した医師氏名		
	所在地						
診療の期間 (支給期間)	自	年	月	日	日数	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間
	至	年	月	日	日	0:入院外 1:入院	自 年 月 日 日間 至 年 月 日
診療の内容							
療養費の支給申請の理由							

- 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。