

被保険者・家族療養費支給申請書

◎ 自己の希望により保険医療機関外で治療等を受けた場合は、療養費の対象となりません。
 ◎ 治療用装具の請求は、領収書と傷病治療のため装着が必要と認める医師の証明書を添付してください。
 ◎ 国民健康保険及び自費診療で受診したときは、領収書と診療報酬明細書を添付してください。

◎ この請求書に記載されている個人情報には提供いたしません。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	事業所名（または勤務していた事業所名）					
		番号						
	被保険者 （申請者） 氏名	フリガナ 氏.....名.....					印 ※	
	被保険者（申請者） 現住所	〒	自宅電話 携帯電話					
	傷病名	発病・負傷の年月日		平成	年	月	日	
	発病又は負傷の原因 およびその経過	療養の給付を受けること が出来なかった理由						
	診療（治療） 内容							
	診療を受けた 医療機関等の	所在地	名称		医師名			
	治療用装具の装着日	平成	年	月	日	診療に要した費用	円	
	診療期間は平成	年	月	日	から平成	年	月	日
診療期間のうち入院期間は平成	年	月	日	から平成	年	月	日	まで・入院中
傷病が第三者の行為 によるものですか	ア はい イ いいえ							
療養が家族に関する請求 である時はその者の	フリガナ 氏.....名.....	生年月日	昭和・平成 年 月 日生					

※の印欄は同一印をご使用ください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
	被保険者（申請者）氏名					印 ※
	代理人 住所 氏名					
						印

受付日付印

★ 代理人に受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人名義の口座を記入し
 それ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード				支店番号			
	銀行 金庫				本店 支店			
	口座番号	普通・当座						
	口座名義 （カタカナ）							

- ★ 自費診療の場合に添付する「領収明細書」は、暦月ごと、入院・通院ごとに作成してください。
- ★ 捻挫・骨折等外傷性傷病は、「負傷原因届」を添付してください。
- ★ 負傷の原因が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

全日本理美容健康保険組合