

提出日 令和 年 月 日

大王製紙健康保険組合 殿

課長	担当

療養費 支給申請書
 家族療養費

被保険者証の 記号 番号		事業所名		被保険者名	
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名			被扶養者の 生年月日		続柄
傷病名			発病又は 負傷の年月日		平成 年 月 日 令和
発病又は 負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を受け た医師・歯科医師そ の他の者の住所氏名		名称 所在地			
診療・手当の期間又 は治療具作成日		自平・令 年 月 日 ~ 至平・令 年 月 日 (日間)			1.入院 2.通院
診療又は手当に要した額		円	支給決定額		円
被保険者証を使用 しなかった理由		1. 保険契約がない為 2. その他 ()			
傷病が第三者の行為に よるものであるときは その事実並びに第 三者の住所氏名					
(振込先金融機関名) ふりがな		支店名 ふりがな	普通・当座	(口座番号)	(口座名義) ふりがな
銀行 金庫 農協		支店			
上記により請求いたします。 円					
被保険者 住所 電話 () - 氏名 印					
(委任の場合) を代理人として上記金額の受取方を委任します。					
申請が被扶養者に関するときは 事業主の証明を右欄に証明の事			事業主の住所、氏名及び印		

- ※1 この申請をする場合は必ず医師の領収書を添付すること。添付書類はすべて原本に限る。
- ※2 装具の場合：装具装着証明書、眼鏡の場合(9歳未満)：弱視等治療用眼鏡等作成指示書を添付すること。
- ※3 自費診療による場合は【療養費(自費診療)申請理由書】と【診療報酬明細書(レセプト)】も合わせて提出が必要。

大王製紙健康保険組合