

受付印	支給決定期間				
	日	常務理事	事務長	係	係
	支給決定額				
	円				

被保険者  
 被扶養者  
(いずれかに○)  
**療養費支給申請書**

申請区分	立替払等 <input checked="" type="radio"/> 治療用装具・あんま・マッサージ・はり・灸・海外
------	---

被保険者情報	記号一番号	12 - 345678		氏名	西部 太郎		
	事業所名	西部ガス(株)		所属	人事労政部		
	住所(電話)	福岡市中央区天神7-7-7		TEL	092-123-4567		
受診者	氏名	西部 華子	続柄	妻	生年月日	H2 年 2 月 2 日	
申請内容	傷病名	右手首腱鞘炎			発病又は負傷年月日	R2 年 6 月 6 日	
	診療期間(支給期間)	R2 年 6 月 7 日～ 年 月 日 ( 1 日間)			入院	<input checked="" type="radio"/> 外来	
	傷病は第三者の行為によるもので	ある <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ない			治療に要した費用	8500 円	
	傷病の原因および経過	親の介護で右手首に負担がかかったため。現在治療中。					
	治療内容	右手首固定装具					
	診療を受けた医療機関	名称	さいぶ整形外科		担当医	東部 太郎	
		住所	福岡市中央区赤坂4-5-6		TEL	092-890-1234	
療養の給付を受けることが出来なかった理由	治療上、必要な装具の製作者が医療機関でなかったため療養給付が受けられなかった						
受取金融機関	※資格喪失後又は任意継続の方は、振込先をご記入ください。 銀行 (預金種目) 口座番号 信金 (預金種目) 口座番号 農協 (預金種目) 口座番号 信組 (預金種目) 口座番号 <b>事業主 記入欄</b> 支店 1. 普通 2. 当座						
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を右記代理人に委任します。			【代理人】 (口座名義人)			
	【本人】	R2 年 6 月 8 日		住所	事業主 記入欄		
	「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」			氏名	西部 太郎		
	氏名	西部 太郎		氏名	事業主 記入欄		

【添付書類】 (写し) の記載があるもの以外は原本が必要です。

- 立替払  
「領収証」「診療明細書」
- 治療用装具  
「義肢製作所の領収証」「明細がわかるもの(請求書または見積書)」「医師の意見および装具装着証明書」「靴型装具の場合は装具の現物写真」
- 小児弱視等の治療用眼鏡  
医師の「医師の眼鏡等作成指示書」、「患者の検査結果(写し)」「領収証」
- はり・灸・あんま・マッサージ  
「医師の同意書(初回、再同意の都度)」「施術師の記入した療養費支給申請書」「領収書」