

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	—	氏名	
住所	〒		
傷病名		発病・負傷 の年月日	令和 年 月 日
発病または負傷の原因			
傷病の経過			
療養の給付を 受けることが できなかった理由	1 立替払等		
	2 治療用装具		
	3 海外療養費		
診療・手当を受けた 医療機関名等	名称		所在地 〒
	診療又は手当の内容		
受診期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診療・手当に 要した費用の額 円
第三者行為による負傷	加害者の氏名		
	加害者の住所	〒	
被扶養者に関する申請	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者 氏名(自署) JMA健康保険組合殿			

《注意事項》

- *この申請には、『診療内容明細書』と『領収証』を添付してください。
- *コルセット等治療用装具に関する申請のときは、『医師の証明』及び『領収証』も添付してください。

振込 先 指定 口座	金融機関名称	銀行	支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義(カ)			

※原則、被保険者名義となります

健康保険組合使用	
支給額	円
支払年月日	令和 年 月 日

受付印