

記入例

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

保険証を確認下さい

被保険者証の 記号・番号	1000 - 20999	氏名	健保 太郎		
住所	〒243-0433 神奈川県海老名市河原口1519				
傷病名	右膝関節靭帯損傷	発病・負傷 の年月日	令和 2 年 9 月 10 日		
発病または負傷の原因	階段から転んだ	※発病の状況または負傷原因を詳細に記入してください			
傷病の経過	装具装着により、経過観察中。	※傷病の経過状況を記入してください			
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 コルセットやギプス、 小児弱視等の治療用眼鏡を作った場合など				
診療・手当を受けた 医療機関名等	名称	海老名総合病院	所在地	神奈川県海老名市河原口1320	
	診療又は手当の内容	右膝用装具の装着			
受診期間	令和 2 年 9 月 15 日から 令和 2 年 10 月 10 日まで	領収証の日付 をご記入ください	診療・手当に した費用の額	25,000 円	
第三者行為による負傷	加害者の氏名	事故などで相 手がいる場合			
	加害者の住所	〒			
被扶養者に関する申請	氏名	扶養家族の申請 の場合	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
上記のとおり申請します。 令和 2 年 10 月 10 日 被保険者 氏名(自署) 健保 太郎 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	振込先の情報を記入してください。
	預金種別	普通・当座	
	口座名義(カ)		

※原則、被保険者名義となります

【添付書類】	①医師証明	使用
	②領収書	円
支払年月日	令和 年 月 日	

受付印
-----