記入例

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者等の記号・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1319		
傷病名	急性咽頭炎	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	風邪		
傷病の経過	2～3日前から風邪気味だったため自宅療養を		
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 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	診察の上、点滴治療	
受診期間	令和 2 年 9 月 15 日から 令和 年 月 日まで	療・手当に した費用の額	3,580 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

資格情報のお知らせまたはマイナポータルより保険情報を確認下さい

※発病の状況または負傷原因を詳細に記入してください

※傷病の経過状況を記入してください

窓口で全額支払った場合

領収証の日付をご記入ください

事故などで相手がいる場合

扶養家族の申請の場合

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	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義（ｶﾅ）		

振込先の情報を記入してください。

※原則、被保険者名義となります

【添付書類】
①領収書
②診療内容明細書

合計	円
支払年月日	令和 年 月 日

受付印