

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	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	※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	2~3日前から風邪気味だったため自宅療養を ※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 窓口で全額支払った場合		
	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	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 3,580 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 年 月 日 令和
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】		円
①領収書		円
②診療内容明細書		円
支払年月日	令和 年 月 日	

受付印
