

受 付 年 月 日	年	月	日
伺 年 月 日	年	月	日
決 裁 年 月 日	年	月	日
支 給 額	円		

支 給 期 間	自	年	月	日
	至	年	月	日
	日間			

支 給 支 払 決 議 書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資 格 取 得 日		年 月 日	
資 格 喪 失 日		年 月 日	
支 給 年 月 日		年 月 日	

☐ 被 保 険 者
☐ 被 扶 養 者

療 養 費 支 給 申 請 書

(第 回目)

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請の時は、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の 記号・番号	記号		番号		被保険者が勤務 する(していた)事 業所の	名 称				
						所在地				
傷 病 名						発病又は負 傷の年月日	年 月 日			
発 病 又 は 負傷の原因										
傷病の経過										
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名 称					所在地 及び電 話番号	〒 - TEL - -			
	氏 名									
診 療 又 は 手 当 の 内 容						入院期間	自	年 月 日		
							至	年 月 日		
							装具装着日	年 月 日		
診療又は手当 を受けた期間	自	年 月 日			日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円		
	至	年 月 日								
診療又は手当が被保 険者の選定に係る特 別の病室の提供、そ の他厚生労働大臣が 定める療養を含むとき はその旨										
療養の給付又は特定 療養費もしくは家族療 養費の支給を受けるこ とが出来なかった理由										
第三者の行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無	第三者行為で		加害者の氏名						
		☐ ある ☐ ない		加害者の住所		〒 -				
		届 出								
		☐ ある ☐ ない								
被扶養者に関する 申請のとき	氏 名			生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日		被保険者 との続柄		
振込希望の銀行	銀行					支店 (☐ 普通 ☐ 当座 第 号)				
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 - 住所 被保険者の 氏名 科研製薬健康保険組合 理事長 殿										

