

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 1 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	00	番号	0000	被保険者が勤務 する(していた)事 業所の	名 称	科研製薬株式会社			
						所在地	東京都文京区本駒込2丁目28番8号			
傷 病 名	食中毒					発病又は負 傷の年月日	0000 年 00 月 00 日			
発 病 又 は 負傷の原因	不明									
傷病の経過	腹痛・嘔吐により受診。診療により回復。									
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	Togenuki Clinic			所在地 及び電 話番号	〒 - TEL 000 - 000 - 0000				
	氏 名	Jizou Togenuki, M.D., Ph.D.				000 North Hind Drive #000, Honolulu, HI 00000				
診 療 又 は 手 当 の 内 容	診察及び点滴、服薬					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	0000	年	00	月	00	日	1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 000,000 円
	至	0000	年	00	月	00	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 養費の支給を受けたこと が出来なかった理由	海外での受診のため									
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	健保 花子		生年月日	☒ 平成 ☐ 令和	00 年 00 月 00 日		被保険者 との続柄	妻	
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。										
0000 年 00 月 00 日 〒 000 - 0000										
住所 東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号〇〇マンション〇〇〇号室										
被保険者の 氏名 健保 太郎 (健保印)										
科研製薬健康保険組合 理事長 殿										