

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	10	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	弱視					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	不詳									
傷病の経過	3歳児健診にて眼科受診を勧められ、眼科での検査にて弱視と診断された									
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	健保眼科クリニック			所在地 及び電 話番号	〒 000 - 0000 TEL 00 - 0000 - 0000 〇〇県〇〇市〇丁目〇〇番〇〇号				
	氏 名	眼科賀 一番								
診 療 又 は 手 当 の 内 容	治療用眼鏡の作成・装着					入院期間	自	年 月 日		
							至	年 月 日		
						装具装着日	0000 年 00 月 00 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	00,000 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 養費の支給を受けるこ とが出来なかった理由	治療用眼鏡を作成したため									
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 一郎		生年 月日	☐ 平成 ☒ 令和	00 年 00 月 00 日		被保険者 との続柄	長男	
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 〇〇県〇〇市〇〇町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										