

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 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<br>記号・番号                                                        | 記号                       | 10                                                                 | 番号 | 0000   | 被保険者が勤務<br>する(していた)事<br>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                                                                  | 右膝関節靱帯損傷                 |                                                                    |    |        |                             | 発病又は負<br>傷の年月日                                                        | 0000 年 00 月 00 日  |           |   |              |  |
| 発 病 又 は<br>負傷の原因                                                       | ジョギング中に転倒して負傷した          |                                                                    |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
| 傷病の経過                                                                  | 治療中                      |                                                                    |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
| 診療又は手当を<br>受けた医療機関<br>の名称・所在地<br>及び医師の氏名                               | 名 称                      | Togenuki Medical Clinic                                            |    |        | 所在地<br>及び電<br>話番号           | 〒 - TEL 000 - 000 - 0000                                              |                   |           |   |              |  |
|                                                                        | 氏 名                      | Jizou Togenuki MD                                                  |    |        |                             | 0000 Hospital Drive, Suite 000<br>Mountain View CA 00000              |                   |           |   |              |  |
| 診 療 又 は<br>手 当 の 内 容                                                   | 診察及び右膝用装具の装着             |                                                                    |    |        |                             | 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<br>を受けた期間                                                       | 自                        | 0000 年 00 月 00 日                                                   |    |        | 0 日間                        | 診療又は手当に<br>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<br>険者の選定に係る特<br>別の病室の提供、そ<br>の他厚生労働大臣が<br>定める療養を含むとき<br>はその旨 |                          |                                                                    |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
| 療養の給付又は特定<br>療養費もしくは家族療<br>養費の支給を受けるこ<br>とが出来なかった理由                    | 海外での受診であることと治療用装具を作成したため |                                                                    |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
| 第三者の行為による<br>負傷であるとき                                                   | その事実と<br>届出の有無           | 第三者行為で                                                             |    | 加害者の氏名 |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
|                                                                        |                          | <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない |    | 〒 -    |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
|                                                                        |                          | 届 出                                                                |    | 加害者の住所 |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
|                                                                        |                          | <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
| 被扶養者に関する<br>申請のとき                                                      | 氏 名                      |                                                                    |    |        | 生年<br>月日                    | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和            | 年                 | 月         | 日 | 被保険者<br>との続柄 |  |
| 振込希望の銀行                                                                | 銀行                       |                                                                    |    |        |                             | 支店 ( <input type="checkbox"/> 普通 第 号 )<br><input type="checkbox"/> 当座 |                   |           |   |              |  |
| 上記のとおり申請します。                                                           |                          |                                                                    |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
| 0000 年 00 月 00 日 〒 -                                                   |                          |                                                                    |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
| 住所 000 Post Street, Suite 0000, San Francisco CA 00000                 |                          |                                                                    |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |
| 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                                                       |                          |                                                                    |    |        |                             |                                                                       |                   |           |   |              |  |