

健康保険 療養費支給申請書

記入例

請求者	被保険者の記号・番号	記号 **	番号 ****
	被保険者氏名	健保 太郎	印
	被保険者生年月日	昭和45年7月12日	
	被保険者住所及び電話番号	〒657-0832 神戸市東灘区向洋町***** TEL 078(***)****	
	事業所名称	マックスファクター株式会社	
	受診者氏名	健保 太郎	続柄 本人
	受診者生年月日	昭和45年7月12日	
	療養費の種類	1.立替払い 2.治療用装具 3.その他()	
	傷病名及び傷病の経過	良好	
	発病の原因及び発病年月日	休日に野球をしていて骨折 平成15年10月10日	
記入	診療を受けた医療機関名及び医師名及び所在地	*****総合病院 医師 ***** 神戸市東灘区~~~~~	
	診療又は手当での期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間 平成15年 10月 15日 コルセット装着	
	診療又は手当てに要した費用	¥ 32,000	
欄	療養の給付を受ける事が出来なかった理由(治療用装具の場合は記入の必要はありません)	(負傷の原因が外因性的の場合別途、負傷届の提出も必要です)	
	振込希望金融機関(カナで記入して下さい)	金融機関名 銀行 信金 信組 農協	支店名 種別 口座番号 口座名義
	ミズホ	コウベ 支店	1.普通 2.当座 1 1 1 1 1 1 1 ケホ 夕叻

P & Gグループ健康保険組合 TEL 078-845-7100

1 立替払いの場合の必要書類

- 療養費支給申請書
- 領収書(コピー可)
- 診療内訳書(病院でもらってください)

2 治療用装具の場合の必要書類

- 療養費支給申請書
- 領収書(コピー可)
- 装着証明書(病院でもらってください)