

支給決議書	金額	円	資格	得喪	年月日	常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者
	(備考)									
	同年月日	年月日	支給年月日	年月日	支出科目	(款)	(項)	(目)		

被保険者
療養費支給申請書 (第〇〇回)
被扶養者

(規則第53条・63条の2)

被保険者証の 記号・番号	000 - 0000	事業所 の名称	〇〇株式会社	所属	〇〇〇〇駅	管理課長
治療を受けた 方の氏名	健保 太郎	続柄	本人	生年月日	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
傷病名	骨折	請求金額	00,000円			課長補佐
発病または 負傷の原因	自転車で転倒した	発病または 負傷年月日	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (負傷の場合は 時頃)			
医療機関の名称	〇〇〇〇病院	医療機関 の所在地	〇〇県〇〇市〇〇			主任
医師の氏名	〇〇 〇〇					
診療の内容	骨折により装具装着					課
診療の期間	自平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	入院期間	自平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	至平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	コルセット装着日	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
療養の給付を受ける ことができなかった理由						所屬長
第三者行為(交通事故等)の 場合はその事実並びに第三者 の氏名および住所	(住所および氏名がわからないときはその旨)					

上記のとおり申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者住所

氏名 ・ 印

生年月日

健保 太郎



昭和
平成
令和

〇〇年 〇〇月 〇〇日

健保受付印

東武鉄道健康保険組合 理事長殿

(注) 1 下記の書類を添付してください。

- (1) 被保険者証を提示しないで受診した場合は「診療内容明細書」及び「領収書」。
- (2) 外国で受診した場合は医師の署名による「診療内容明細書」及び「領収書」。また外国語は必ず日本語訳を添付する。
- (3) コルセット、輸血代の場合は「医師の証明書」及び「領収書」。
- (4) はり、きゅう、あんま、マッサージの場合は「医師が施術を必要とした旨の証明書」及び「施術内訳ならびに領収書」。
- (5) 事故(自損を含む)の場合は「健康保険傷病原因報告書」。但し既に提出済の場合は省略できる。

2 診療に従事した医師の氏名・住所には薬剤師および施術師(はり・きゅう・あんま・マッサージ)を含む。