

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  
被扶養者

## 療養費支給申請書 (第 回)

(規則第53条・63条の2)

被保険者証の 記号・番号	—	事業所 の名称		所属	
治療を受けた 方の氏名		続柄		生年月日	昭平令 年 月 日生
傷病名		請求金額			円
発病または 負傷の原因		発病または 負傷年月日		昭・平・令 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
医療機関の名称		医療機関 の所在地			
医師の氏名					
診療の内容					
診療の期間	自 平・令 年 月 日	入院期間	自 平・令 年 月 日		
	至 平・令 年 月 日	コルセット装着日	平・令 年 月 日		
療養の給付を受けるこ とができなかった理由					
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)				

管理課長  
課長補佐  
主任  
課  
所屬長

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者住所

氏名 ・ 印

生年月日

昭和  
平成  
令和

年 月 日生

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。

- 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」。
- 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。
- コルセット、輸血代の場合は「医師の証明書」及び「領収書」。
- 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」。
- 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。