決裁年月日	令和　　年　　月　　日
支給額	総支給　　円
	法定　　円
	付加　　円
組合処理欄 保険者決定 自己負担額	

支給支払決議書			
常務理事	事務長	会計	扱者

資格取得	年　　月　　日
資格喪失	年　　月　　日
療養の期間	年　　月　　日 年　　月　　日

□外来　□被保険者
□入院　□家族

療養費支給申請書

（第　　回目）

被保険者証の記号・番号	第　　号	事業所の名称と所在地	
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和　　年　　月　　日 （負傷の場合は　　時頃）
発病または負傷の原因			
傷病の経過			
診療を受けた病院の	名称	医師名	
	住所		
診療又は手当の内容			
診療または手当を受けた期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日　　日間	診療に要した費用の額	金　　円
コルセット作成日	令和　　年　　月　　日		
療養の給付をうけることができなかった理由			
第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある ない	第三者行為による負傷の場合の届出の有無：ある／ない	加害者の氏名 加害者の住所
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日：昭和／平成／令和　　年　　月　　日	被保険者との続柄

上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

被保険者　住所
氏名

委任状	私は　　を代理人と定め、令和　　年　　月　　日に請求した療養費（家族療養費）及び同付加金、金　　円也を受領方に委任します。　　令和　　年　　月　　日 被保険者　住所 氏名 代理人　住所 氏名

受付日付印

〔注意事項〕

①保険証不携帯で受診し、医療費の立替払いをしたときは、「診療内容明細書」、「領収書」の原本を添付してください。

②義肢、コルセット等の治療用装具に関する申請のときは、「装着が傷病のため必要と認められる医療担当者の証明書」、「領収書」の原本、「装具現物の写真」を添付してください。