

			常務理事	事務長	精算	担当
健保組合記入欄	算出基礎		支給額	円		
	備考					

療養費支給申請書 (国内用)

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証	記号			事業所名称		
		番号					
	傷病名				発病又は負傷の年月日	令和	年 月 日
	発病又は負傷の原因				傷病の経過		
	診療を受けた医療機関の	名称			医師名		
		所在地			診療の期間	自 令和	年 月 日 至 令和
	診療の内容				療養に要した費用の額	円	
	申請理由						
	第三者の行為による傷病ですか	はい いいえ	申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名		続柄	
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住所 古河健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名 ㊟						
本請求金額の受領を 〃 を代理人と定め委任いたします。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名 ㊟							
事業主の記入する欄	上記の通り相違ないことを証明致します。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 名称 事業主 氏名 ㊟						

※この申請書には支払を証明する領収書等を添付して下さい。コルセットなど治療用装具に関する申請のときは、その領収書及び治療のため必要と認めた担当医師の証明書を添付して下さい。

※治療用装具の申請に際しては、実際に装着する装具の写真的添付をお願いする場合がありますのでご承知置き下さい。

※はり・きゅう・あん摩マッサージの申請には、領収書の他、診療内容が分かる書類を添付して下さい。