

被保険者 療養費支給申請書(治療用装具等)  
 家 族

|   |                                 |           |              |                        |                        |                |            |
|---|---------------------------------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|----------------|------------|
| 被<br>保<br>險<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | ①<br>被保険者証の<br>記号・番号            | (7)<br>記号 | (4)<br>番号    | ②<br>生年月日              | 昭和<br>平成<br>令和         | 年 月 日 ( 歳)     |            |
|   | ③<br>被保険者の<br>氏 名               | (7)がナ)    |              | ④<br>被保険者の<br>住 所      | 〒<br><br>電話 ( )        |                |            |
|   | ⑤<br>事業所の名称<br>(会社名)            |           |              | ⑥<br>所属部署              |                        |                |            |
|   | ⑦<br>申請が被扶養<br>者に関する<br>ときはその者の | (7)<br>氏名 | 被保険者との続柄 ( ) |                        | (4)<br>生年月日            | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 ( 歳) |
|   | ⑧<br>傷 病 名                      |           |              | ⑨<br>発 病 又 は<br>負傷の年月日 | 年 月 日<br>(負傷の場合は : 時頃) |                |            |
|   | ⑩<br>発病又は負<br>傷の原因及び<br>その経過    |           |              | ⑪<br>第三者の行為によるものですか    |                        | はい ・ いいえ       |            |
|   | ⑫<br>診療を受けた<br>病 院 等            | (7)<br>名称 | 医師の氏名 ( )    |                        | (4)<br>所 在 地           | 〒              |            |
|   | ⑬<br>診療の期間                      | 自 至       | 年 月 日        | 日間                     | ⑮<br>入院・入院外            | ⑯<br>領収証の金額    | 円          |
|   | ⑭<br>装具装着日                      | 年 月 日     |              |                        |                        |                |            |
|   | ⑰<br>診療の内容                      |           |              |                        |                        |                |            |

|                  |    |             |                  |       |                  |  |
|------------------|----|-------------|------------------|-------|------------------|--|
| ⑱<br>振<br>込<br>先 | 銀行 | 受<br>取<br>人 | 預<br>金<br>種<br>目 | 1. 普通 | フリ<br>ガナ         |  |
|                  | 店  |             |                  | 2. 当座 | 口<br>座<br>名<br>義 |  |
|                  |    |             | 口座<br>番号         |       |                  |  |

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

受付日付印

|                  |                              |  |  |                     |       |
|------------------|------------------------------|--|--|---------------------|-------|
| ⑲<br>委<br>任<br>状 | 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |  |  |                     | 年 月 日 |
|                  | 住所 〒                         |  |  |                     |       |
|                  | 被保険者の<br>氏 名                 |  |  |                     |       |
| 代理人の<br>氏 名      | (7)がナ)                       |  |  | 委任者と<br>代理人と<br>の関係 |       |
| 代理人の<br>住 所      | 〒 電話 ( )                     |  |  |                     |       |

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。