

被保険者
家族

療養費支給申請書

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所 の名称					
	被保険者の 氏名(自署)				被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	被保険者の 住所	〒 TEL () 内線番号()						
	被扶養者が 受診した場合	氏名	被保 険 者 続 柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
	<input checked="" type="radio"/> (乳) <input checked="" type="radio"/> (子) の医療証をお持ちですか		はい ・ いいえ					
	傷病名				発病又は 負傷の 年月日	平成 令和	年 月 日	
	負傷の原因 及びその経過	(いつ・どこで・どのように詳細をご記入ください) ※ケガ等 → 負傷届を併せてご提出ください						
	第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ		※はい…の場合には「健康保険第三者行為による 傷病届」を併せてご提出ください				
	診療を受けた 医療機関	名称			診療した医師氏名			
		所在地						
	診療の期間	年 月 日 から	日数	入院・入 院外の別	入院の場合左記の入院期間		診療に要した費用	
		まで	日	入院外 入院	年 月 日 から	日間	円	
	療養費支給 申請の理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成した場合 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 以前の保険者証を使用した場合						
振 込 先 名 称	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協		本店 支店 出張所	預金 種別	普通 当座	支店番号	口座番号
	預金者氏名 (カタカナ)				別 別 段	

がん研究会健康保険組合

※振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		〒
	令和 年 月 日	代理人	住所 氏名
	被保険者 氏名	印	印
	※自署の場合は押印を省略できます。		

添付書類【*すべて原本を添付】

- ◇ 医療機関で10割負担(保険診療分)した場合、領収書及び診療報酬明細書(保険点数記載)もしくは申請書裏面
領収(診療)明細書へ受診先の医師に記入していただいでください。
- ◇ 当組合加入時に以前の保険者証を利用した場合(他健保へ医療費を返還した際の領収書及び診療報酬明細書
(※開封しないでください)又は診療報酬明細書の交付依頼同意書を添付)
- ◇ 治療用装具 1. 医師の作製指示・意見書(装具装着証明書) 2. 領収書・内訳
3. 靴型装具の写真(①正面②側面③内側④裏側)
- ◇ 治療用眼鏡(9歳未満) 1. 疾病名記載の作製指示書 2. 領収書
- ◇ 弾性ストッキング等 1. 弾性着衣等装着指示書 2. 領収書およびその内訳(金額、枚数等)

受付日付印

負 傷 届

※この用紙は傷病が外傷(骨折・打撲・捻挫・切創・やけど等)の時には必ず添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	.		
	被保険者の氏名 (自 署)			
	連絡先	携帯 ()	電話 ()	
		※日中連絡のつながる番号をご記入ください。 内線番号()		
	負傷した者の 氏名・生年月日・ 続柄			昭 平 令 和 成 和 年 月 日
		(続柄)		
	傷 病 名			
	負 傷 年 月 日	令和 年 月 日	午前・午後	時 頃
	負 傷 場 所	イ, 事業所内 ホ, その他()	ロ, 自宅	ハ, 道路上 二, 駅構内
	負 傷 状 況	イ, 勤務時間中 二, 社用外出中 へ, その他()	ロ, 休憩時間中 ホ, 私用外出中	ハ, 通勤・退勤途中
	負傷した原因 (詳しく記入)			
	医療機関等で診 療を受けましたか	受けた・受けない	第三者の行為によ るものですか	はい・いいえ
	受診した 医療機関名 連絡先	TEL: ()		
診療を受けた 期 間	令和 年 月 日から	(現在) 治療	治療中	
	令和 年 月 日まで			