

被保險者・家 族 療 養 費 支 約 申 請 書 (第 回目)

- ◎自己の希望により保険医療機関外で治療等を受けた場合は、療養費の対象となりません。
- ◎治療用装具の申請は、領収書と傷病治療のため装着が必要と認める医師の証明書を添付してください。
- ◎国民健康保険及び自費診療で受診したときは、領収書と診療報酬明細書を添付してください。
- ◎海外で医師にかかりたときは、同意書・サポートの写し、航空券や査証等の写し、診療内容明細書本語翻訳文つき）を添付してください。

◎この申請書に記載されている個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 險 者 (申 請 者)	記 号	事業所名 (または勤務していた事業所名)	
		番 号		
	フリガナ 氏 名			
被保険者 (申請者) 現住所	〒		自宅電話 携帯電話	
傷 病 名			発病・負傷の年月日	令 和 年 月 日
発病又は負傷の原因 及び そ の 経 過			療養の給付を受けるこ とが出来なかつた理由	
診 療 (治 療) 内 容				
診療を受けた 病 院 等 の	所 在 地			
	名 称			医 師 名
治療用装具の装着日	令 和 年 月 日		診療に要した費用	円
① 診療の期間は 令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 → まで・現在治療中				
① の期間で入院期間は令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 → まで・入 院 中				
傷病が第三者的行為 によるものですか	ア は い (第三者の氏名と住所→ イ い い え)			
療養が被扶養者に関する 申請である時はその者の	フリガナ 氏 名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	

本申請に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。

被保險者（申請者）氏名

事業所所在地

事業主 事業所名

專　業　名

受付日付印

★個人振込の場合には、「支払金融機関欄」を記入してください。（受取代理人の欄は記入不要）

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード	支店番号
	普通・当座	銀行・金庫

確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している

注意事項 ② 記載内容について誤りがあるか、申請者本人が確認している。

★自費診療の場合に添付する「領収明細書」は、暦月ごと、入院・通院ごとに作成してください。

★捻挫・骨折等外傷性傷病は、「負傷原因届」を添付してください。

★負傷の原因が第三者によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

東京都食品健康保険組合