

被 保 険 者

療 養 費 支 給 申 請 書

被 扶 養 者

(治療用装具<コルセット・小児用治療用眼鏡 等>用)

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。

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。

| | | | | | | | |
|---|--|-------|---|----------------|-------------------|--------------------|-----------|
| | | | | 申請日 | 年 月 日 | | |
| 被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ | ①被保険者等の記号と番号 | | 記号 | 番号 | ②被保険者氏名 | | |
| | ③被保険者の現住所・電話番号 | | 〒 _____ TEL () _____ | | | | |
| | ④事業所の名称 | | | | | | |
| | ⑤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 日生 | 続柄 |
| | ⑥傷病名 | | | | | ⑦発病又は負傷の年月日 | 年 月 日 |
| | ⑧発病又は負傷の原因 | | 1. 業務上 2. 通勤途上 3. 第三者行為 4. その他 具体的に(_____) | | | | |
| | ⑨診療又は手当を受けた 医療機関の名称等 | | 所在地 | | | 電話 | () _____ |
| | ⑩診療の内容 | | コルセット装着日 _____ 年 月 日 | | | | |
| | ⑪診療の期間 | | 年 月 日 年 月 日 日間 | 入院の場合 は入院期間 | 年 月 日 年 月 日 日間 | ⑫診療に要した金額 円 | |
| | ⑬療養の給付を受けることが できなかった理由（詳細に） | | | | | | |
| | ⑭第三者の行為による 負傷であるとき | | その事実と 届出の有無 | ある ない | 加害者の氏名 加害者の住所 | | |
| | ⑮ 振込 希望 金融 機関 名 | 金融機関 | | | | 金融機関コード | |
| | | 店名 | | | | 支店コード | |
| | | 預金の種別 | 普通・当座 | | | 口座番号 | |
| フリガナ 口座名義 | | | | | | | |
| ⑯ 委 任 状 | <p>⑮被保険者名義以外の口座に振込みを希望するときは、下記委任状に記入してください。 <お振込先の確認のため、お手続きにお時間をいただく場合がございます。予めご了承ください。></p> <p>本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 _____ 年 月 日</p> <p>被保険者 住 所 _____ 氏 名 _____</p> <p>代理人 住 所 _____ 氏 名 _____</p> | | | | | | |

* コルセット・義肢・輸血等に関する申請のときは、コルセット等又は輸血を必要と認めた医師の意見書（診断書）及び領収書を添付してください。