

支給決定伺							支給決定	平成	年	月	日
法定給付		円	常務理事	事務長							担当
		円									
摘要											

療 養 費  
家 族 療 養 費 申請書

- ◎請求上の注意
- 一、この様式は、被保険者又は家族が、已むを得ない事情で、保険による診療を受けることができず、その診療に要した費用を療養費又は家族療養費として請求するものです。
  - 二、この請求をするときは、保険診療を受けられなかった理由を詳細に記入し、医師から診療費領収明細書の記入及び領収書印を受け、組合に提出して下さい。
  - 三、この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「療養費」を○で囲み、家族である場合は「家族療養費」を○で囲んで下さい。
  - 四、家族申請の場合は、「被扶養者の氏名・生年月日・続柄」欄に記入して下さい。

被保険者証の記号と番号		事業所の名称・所在地	
資格取得年月日	昭和 年 月 日	診療や手当を受けた医師の所在地・氏名	
資格喪失年月日	昭和 年 月 日		
傷病名		診断の期間	自平成 年 月 日
			至平成 年 月 日
		日間	
発病または負傷の原因		診療に要した費用	金 円也
保険診療を受けられなかった理由			
第三者の行為により負傷したときはその事実及び加害者の氏名住所			
申請が被扶養者に関する時はその氏名		生年月日	年 月 日 続柄

(振込銀行) 銀行 支店

普通・当座 口座番号

平成 年 月 日

日本事務器健康保険組合 理事長殿

受付日付印

被保険者

〒 -

住所

氏名

印