

種別	支給期間	日数	金額	資格関係			療養費
			請求額 (円)	0.7	年	月	日取得
			組合算出額 (円)	0.8 0.9	年	月	日喪失

健康保險 被保險者被扶養者 療養費支給申請書

↑被保険者名義のもの（受領委任をする場合は代理人名義のもの）を記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を 代理人に委任します。		代理人の氏名・印 (フリガナ)	被保険者(請求者) との関係 <input checked="" type="radio"/>
	平成 年 月 日			
	被保険者(請求者) 住所		郵便番号	代理人の住所・電話番号 (フリガナ)
	氏名 <input checked="" type="radio"/>		電話() -	

- コルセットに関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医師の意見書（証明書）」及び「実費についての領収書」を添付してください。
 - 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」・「領収書」をつけてください。尚、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
 - やむを得ず、保険診療を受けられず自費支払いをした時は、「診療内容明細書」・「領収書」を添付してください。