

支給決定伺	常務理事	事務長	支給金額	法定	円	資格取得	昭・平・令 年 月 日
				付加	円	資格喪失	令 年 月 日
	検印	担当者	支給期間	令 年 月 日から	前回	平・令 年 月 日	
				令 年 月 日まで	健保証交付日	昭・平・令 年 月 日	
			被扶養者氏名		被扶養者認定日	昭・平・令 年 月 日	

健康保険 療養費支給申請書

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

		届出日		令和	年	月	日				
被保険者	記号・番号	—	所 属		職 番						
	氏 名		生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日						
療養を受けた方（被保険者または被扶養者）の状況	療養を受けた方 （番号に○印）	1. 被保険者（本人） 2. 被扶養者（家族）									
	家族の場合、その方の	氏 名		生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日					
	傷 病 名										
	発病又は負傷した年月日	令和	年	月	日（ ）	午前 午後	時 分頃				
	発病・負傷の原因及び経過（詳しく）										
	診 療 の 内 容										
	診療を受けた医療機関	名 称									
		所在地	〒 — TEL — —								
	診療を受けた期間	令和	年	月	日 から	令和	年	月	日まで	日数	日間
	上記の期間内に入院した期間	令和	年	月	日 から	令和	年	月	日まで	日数	日間
	療養に要した額 （領収書の金額）	円									
	振 込 口 座	※ あらかじめ届出されている口座に振込みいたします。									
療養費支給を申請した理由 （○印または詳細を記入してください）	（ ） 治療用装具を購入したため（小児用の治療用眼鏡等を含む） （ ） 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため （ ） その他 ※ 理由を具体的にご記入ください。 _____ _____ _____										

健康保険 療養費支給申請書 申請時の留意点

療養費は、次のいずれか一つに該当した場合に支給されます。

- ◎ 健康保険組合が、療養の給付等を行うことが困難であると認めたとき。
- ◎ 緊急その他やむを得ない事由により、保険医療機関以外の医療機関等から診療を受けたときで、健康保険組合がその必要があると認めたとき。

《 記 載 上 の 注 意 》

- ◎ コルセットに関する申請には、「装着を必要とする事由及び装着した事実についての医師証明書」及び「コルセット代金領収書」を添付してください。
- ◎ 発病又は傷病の原因が第三者のものであるときは、所定の「第三者行為による傷病届」を、この申請書に添付してください。