

療 養 費 （本人・家族） 支 給 申 請 書

支給決定額	療 養 費	¥	
	高 額 療 養 費	¥	
	家 族 療 養 付 加 金	¥	
支給決定期間	. .	日間	
	. .		

事務長	担当者	担当者	入力者
受付日			

被保険者証記号番号 —	被保険者氏名 <div style="text-align: right;">印</div>		
現 住 所	〒		
傷 病 名			発病または負傷年月日 平成・令和 年 月 日
申 請 理 由	<small>※原因がケガによる時は負傷原因報告書を添付すること</small> <small>※下記の必要書類を添付してください</small> <input type="checkbox"/> 保険証を携帯していなかったため → ① ② <input type="checkbox"/> 以前加入の保険証で受診したため → ① ② <input type="checkbox"/> 治療用装具等を作製したため → ① ③ ④ ⑤ ⑥ <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡等を作製したため → ① ③		
受 診 期 間	令和 年 月 日 令和 年 月 日 入院・外来	日間	診察に要した費用 円
診 察 を 受 け た 医 師 の 氏 名		医療機関名称 所在地	
第三者行為による ものですか	はい . いいえ ※第三者行為による時は別途届出が必要です		
被扶養者のときは そ の 氏 名		昭和 平成 年 月 日生 令和	続 柄
受 領 委 任 欄	請求金額の受領を下記事業主（または代務者） に委任します。 <div style="float: right; text-align: right;"> 被保険者 氏 名 印 （上欄と同一の印鑑を使用すること） </div>		
証 明 欄	役 職 所 属 長 氏 名 印	事 業 主 ま た は 代 務 者 印	

※【添付書類】①. 領収書の原本 ②. 診療報酬明細書（レセプト） ③. 医師の「装着証明書」または「作成指示書」原本
④. 装具の写真（カラー） ⑤. 装具作製確認書 ⑥. 同意書（療養費）