

《コルセット、ギプス、義眼などを作ったとき》

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間
------	---------	---------	----

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日		

被保険者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号	第 〇〇〇 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	社会医療法人 雪の聖母会	所在地	〒 830-8543 福岡県久留米市津福本町 422	電話	35 局 3322 番
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		発病又は負傷の年月日	H21 年 2 月 21 日			
発病又は負傷の原因	不明						
傷病の経過	治療中						
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇〇〇 整形外科		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		
	氏名	〇〇〇〇		及び電話番号	〇〇市〇〇区〇〇 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
診療又は手当の内容	リハビリ、コルセット装着		入院期間	自 H21 年 2 月 23 日	至 H21 年 3 月 20 日	コルセット装着日	H21 年 3 月 5 日
診療又は手当を受けた期間	自 年 2 月 23 日	至 年 3 月 20 日	26 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 23,535 円也		
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨							
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	コルセットは療養費払いのため						
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の有無	無		加害者の氏名			
	その届出の有無			加害者の住所	〒		
被扶養者に関する申請のとき	氏名			生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄	
振込希望の銀行又は郵便局名	〇〇 銀行		支店(普通座)	第 〇〇〇〇 号		郵便局	
上記のとおり申請します。							
〇〇年 〇月 〇日							
被保険者の氏名				住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇		
健康保険組合理事長 殿				健保 太郎			

