

《リンパ浮腫治療のため、弾性着衣等を購入したとき》

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		

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

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器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 聖の聖母会	電話	35 局 3322 番
傷病名	子宮癌術後リンパ浮腫	所在地	〒 830-8543 福岡県久留米市津福本町 422		
発病又は負傷の原因	子宮癌	発病又は負傷の年月日	〇 年 〇 月 日		
傷病の経過	快方				
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 〇〇病院	所在地及び電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
診療又は手当の内容	弾性着衣の装着	入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日	コルセット装着日 22年 5月 10日
診療又は手当を受けた期間	自 〇 年 〇 月 〇 日	日間	〇 年 〇 月 〇 日	診療又は手当に要した費用の額	金 23,090 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	弾性着衣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	その事実と届出の有無	該当せず	加害者の氏名		
			加害者の住所	〒	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	健保花子	生年月日	明昭 50年 12月 2日	被保険者との続柄 妻
振込希望の銀行又は郵便局名	〇〇 銀行 〇〇 支店(普通当座 第 〇〇〇〇〇号)				郵便局
上記のとおり申請します。 22年 5月 15日					
被保険者の氏名			住所	〒 830-0000 福岡県久留米市〇〇町〇〇〇-〇〇 健保太郎 (印)	
健康保険組合理事長 殿					