

健康保険 療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	記号	番号			
被保険者氏名	印				
被保険者生年月日	年 月 日				
被保険者住所 及び電話番号	〒 - TEL ()				
事業所名称					
受診者氏名		続柄			
受診者生年月日	年 月 日				
療養費の種類	1.立替払い 2.治療用装具 3.その他()				
傷病名及び傷病の経過					
発病の原因及び 発病年月日	年 月 日				
診療を受けた 医療機関名及び医師名及 び所在地					
診療又は手当の期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間 年 月 日 コルセット装着				
診療又は手当に 要した費用	¥				
療養の給付を受ける事が 出来なかった理由 (治療用装具の場合は記入 の必要はありません)	(負傷の原因が外因性の場合別途、負傷届の提出も必要です)				
振込希望金融機関 (カナで記入して下さい)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
	銀行 信金 信組 農協	支店	1.普通 2.当座	

P & Gグループ健康保険組合 TEL 078-845-7100

1 立替払いの場合の必要書類

- 1.療養費支給申請書
- 2.領収書(コピー可)
- 3.診療内訳書(病院でもらってください)

2 治療用装具の場合の必要書類

- 1.療養費支給申請書
- 2.領収書(コピー可)
- 3.装着証明書及び医師の意見書
(病院でもらってください)