

常務理事	事務長		

**被保険者
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書 (立替 払 等)**

提出日 令和 年 月 日

被保険者の記号・番号	生年月日		被保険者氏名(申請者)		
2148	昭和 平成 令和	年 月 日	(フリガナ) キヨウトウ タロウ 共同 太郎		
2030000					
事業所名 (所属名)	一般社団法人 共同通信社 ●●局 ●●部				
被保険者 (申請者) 住 所	(〒 151 - 0064) 東京都渋谷区●●●1-1-1				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03-●●●●-●●●● (内線 ●●●●)				
申請が被扶養者に 関するものである とき	氏 名		生 年 月 日 続柄		
	共同 花子		昭和 平成 令和	年 月 日 妻	
傷 病 名			発病又 は負傷 年月日	入院 ・ 外来	
			年 月 日		
発病又は 負傷の原因					
診療を受けた病院 等の名称及び住所	名 称	●●病院		医師の 氏名	
	住 所	東京都●●区●●1-1-1 TEL 03-●●●●-●●●●			
診療の期間 (支給期間)	自	年 月 日	至	年 月 日	入院・外 来の別
入院の場合 上記の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで			診療に 要した 費用	円 (別紙領収明細書のとおり)
診療又は 手当の内容					
療養費支給申請の 理由	健康保険手続き中の為				※受付印
医療助成について	1. 受けている () 2. 受けていない				
傷病が第三者の行 為によるときは その事実並びに 第三者の住所氏名					

【自費で診療を受けた場合】

1. 医療機関から交付された診療報酬明細書(レセプト)あるいは、当健保仕様の医療領収明細・調剤領収明細に、医療機関・保険薬局の証明を受けた領収(診療)明細書
2. 医療機関が発行した領収書(原本)

【以前加入していた健康保険の被保険者証等を使用し医療費を返還した場合】

1. 医療費を返還した金額の領収書(原本)
2. 医療費を返還した際、他健保より受け取った(診療報酬明細書「開封厳禁」)封筒等