

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

コルセット等用記入例

令和〇年〇月〇日

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者の			②被保険者の 氏名・生年月日		大日 太郎				
	記号	11	番号	2345		平成〇年〇月〇日				
	③被保険者の現住所			〒 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇1-1-1						
	④事業所名			〇〇株式会社						
	⑤療養が被扶養者に関する ときは、その者の			氏名	生年月日	年	月	日	続柄	
	⑥傷病名			腰部椎間板ヘルニア			⑦発病または 負傷年月日		令和〇年〇月〇日	
	⑧発病時の状況について (負傷の場合は負傷の原因)			自宅で家具を動かそうとしたときに発症した。						
	⑨第三者行為によるものですか			はい・いいえ		⑩診療を受けた病院名		〇〇医院		
	⑪診療の期間 (装具等の場合は装着日)		自	令和〇年〇月〇日	⑫日数	⑬入院・入院外の別	⑭診療に要した費用の額			
			至	年 月 日	1	入院・入院外	0000 円			
⑮診療の内容			治療用装具(コルセット)の作成			⑯療養の給付を受ける ことができなかった理由		装具製作所との保険契約がなかった		

委 任 状	令和〇年〇月〇日	
	表記請求金額の受領を被委任者へ委任します。	
	被委任者 事業所名 〇〇株式会社 代表取締役社長 〇〇〇〇	
被保険者氏名 大日 太郎		

こちらの欄は事業所担当者記入欄です。
被保険者の方は記入せず空欄のまま、
事業所担当者へ提出してください。

※資格喪失後請求の場合のみ、下記振込先をご記入ください。

給付金振込先口座	
銀行名	
支店名	
預金区分	普通・当座・その他()
口座番号	
口座名義	フリガナ