

# 療 養 費 支 給 申 請 書

\*記入に際しての留意事項及び添付していただく書類については裏面をご覧ください。

被保険者証の記号と番号		被 保 険 者 ( 申 請 者 ) の 氏 名			生 年 月 日		
記号	番号				昭和・平成 年 月 日		
被 保 険 者 ( 申 請 者 ) の 住 所	〒 _____			☎ _____ 携帯 _____			
事業所名称							
診療を受けられたのは、被保険者・家族(被扶養者)のどちらですか？				1. 被保険者		2. 家族(被扶養者)	
↓				-----			
家族の場合、その方の		氏名	続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
傷 病 名				発病または 負傷年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
発病または 負傷の原因 および経過	※傷病がケガによるもの場合には、「負傷原因届」を添付してください。						
診療を受けた 医療機関の	名称			診療した医師等の氏名			
	所在地			☎ _____		_____	
診療の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間			
診療に要した費用の額	円						
診療の内容							
療 養 費 の 申 請 理 由	1. 治療用装具(コルセット、弾性着衣、小児弱視治療用眼鏡等)を作成したため 2. 入社直後、または再交付申請中で、被保険者証が届いていなかったため 3. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 4. 誤って、他の保険者(国民健康保険や前の勤務先の保険)の被保険者証を使用したため 5. 海外で受診したため → 渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 渡航目的 ( _____ ) 6. その他 ( _____ )						

東京中央卸売市場健康保険組合

**【保険給付金振込先】 (①と②のいずれかに☑してください)**

令和 年 月 日提出

- ①  マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。
- ②  下の欄に記入した口座への振込を希望します。

受 付 日 付 印

金融機関名	_____		・銀行・金庫・信組	_____		・支店・出張所	_____	
口座番号	_____		・普通	_____		・当座	_____	
口座名義	(フリガナ)	_____						

※ 振込先の口座名義を被保険者(申請者)以外の方とする場合には、委任状を添付してください。