

記入例【ケース5】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(医師の指示に基づき弾性着衣を購入した場合)
(弾性着衣:ストッキング・スリーブ・グローブ等)

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

(1) 被保険者証の 記号・番号	0000	(2) 被保険者が勤務する (していた)部署、支 社、関連会社の	名称	太陽生命〇×支社	
	11111		所在地	東京都城北區城北1-2-3	
(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生 年月日	昭和・平成 45 年 4 月 1 日	
(5) 被扶養者に関 する申請のとき	被扶養者 氏名	該当せず	(6) 生 年月日	昭・平・令 年 月 日	(7) 被保険者 との続柄
(8) 傷病名	子宮悪性腫瘍(術後)のリンパ浮腫		(9) 発病又は負傷年月日	平・令 3 年 4 月 1 日	
(10) 発病又は 負傷の原因	不明				
(11) 傷病の経過	良好				
(12) 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	ひまわり病院		(13) 所 在地及び 電話番号	〒 000-0000 東京都城南區城南1-2-3
	氏名	日本 次郎			TEL 03 (000) 2222
(14) 診療又は 手当の内容	検査・レントゲン・手術などを受けた		入院期間	自 平・令 3 年 4 月 1 日 至 平・令 3 年 4 月 30 日	
			コルセット装着日	平・令 3 年 4 月 30 日	
(15) 診療又は手当を 受けた期間	自 平・令 3 年 4 月 1 日 至 平・令 年 月 日	現在も 治療中	(16) 診療又は手当に要 した費用の額	金 28,000 円他	
(17) 申請理由	1. 立替払い(保険証なしでの受診等) 2. 自保険証使用 3. 治療用器具(コルセット、アニーザポット等) 4. 小児弱視等の治療用眼鏡等 5. 治療用器具(弾性ストッキング等) 6. はり・灸(あん摩・マッサージ) 7. 海外の病院での受診 8. 輸血時の生血代				
(18) 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		
(19) 報酬振込口座 (振込希望の銀行)	三井住友 銀行	〇× 支店	(普通) No. 1234567	口座 名義人	タイヨウハナコ
(20) うえのとおり申請します。 令和 3 年 5 月 10 日	〒 000-0000 住所 被保険者の 氏名		TEL 03 (000) 1111 タイヨウハナコ 太陽花子		

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、補装具を購入した際の領収書の金額を記載する。不明な場合は、記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

受付日付印