

被保険者  
被扶養者

# 療養費支給申請書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	(1) 被保険者証の 記号・番号			(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		
	(3) 被保険者名			(4) 生年月日	所在地		
	(5) 被扶養者に関 する申請のとき	被扶養者 氏名			(6) 生年月日	昭和・平成 年 月 日	(7) 被保険者 との続柄
	(8) 傷病名			(9) 発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日		
	(10) 発病又は 負傷の原因						
	(11) 傷病の経過						
	(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			(13) 所在地及び 電話番号	〒	
	(14) 診療又は 手当の内容	氏名			入院期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	
	(15) 診療又は手当を 受けた期間	自 平・令 年 月 日	至 平・令 年 月 日	日間	診療又は手当に要し た費用の額	金 円也	
	(16) 診療又は手当に要し た費用の額						
	(17) 申請理由	1. 立替払い(保険証なしでの受診等) 2. 旧保険証使用 3. 治療用装具(コルセット、アーチサポート等) 4. 小児弱視等の治療用眼鏡等 5. 治療用装具(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			加害者の氏名		
(19) 報酬振込口座 (振込希望の銀行)	銀行	支店	(普通 No. 当座)	口座 名義人			
(20) うえのとおり申請します。 令和 年 月 日	〒 住所 被保険者の 氏名 氏名						
太陽生命健康保険組合理事長 殿							

受付日付印