

支給決定伺			支給決定額	¥	資格取得日	年 月 日
常務理事	事務長	担当			資格喪失日	年 月 日
			支給期間	年 月 日 日間 年 月 日	標準報酬 月 額	千円(第 等級)

被保険者
 家族

療養費支給申請書

(立替払等 治療用装具 輸血)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号			事業所の名称		
	療養を受けた者が被扶養者のとき	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	被保険者との続柄
	傷病名			発病又は負傷年月日(療養開始日)	平成 年 月 日	
	発病又は負傷の原因				第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	傷病の経過					
	診療を受けた病院等	名称			診療した医師の氏名	
		所在地				
	診療の内容					
	診療を受けた期間(支給期間)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	診療に要した費用の額	円	
	治療用装具を装着した年月日	平成 年 月 日 装着		装具の金額	円	
保険証を使用して診療を受けることができなかった理由						
	上記のとおり請求致します。					
	平成 年 月 日					
	〒 -					
	住所					
	被保険者 氏名 () -					
	氏名 (印)					
	日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)					

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を _____ に委任致します。 平成 年 月 日 被保険者氏名 (印)	受付印	
-----	---	-----	--

(添付書類についての注意)

- 診療に関する申請のときは『診療報酬明細書』及び『実費についての領収証書』をつけてください。
- コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの『装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書』及び『実費についての領収証書』をつけてください。
コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、装具の写真を添付してください。
- 輸血に関する申請のときは、『輸血を必要と認めた医療担当者の証明書』及び『血液代金の領収証書』をつけてください。