

資格	取得	年 月 日	支給区分	一般・未就学・高齢	支給回数	回	支給支払決議書		
	喪失	年 月 日	代		傷病No.		常務理事	事務長	係
	診療区分	医科入院、医科外来、歯科入院、歯科外来、調剤							
	給種区分	診療費・装具・その他()							
	支払日	年 月 日							

被保険者
家 族 療養費支給申請書（装具・立替払い）

（第 回 目）

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	生年月日
				S・H・R 年 月 日
	(フリガナ) 印			
	被保険者氏名・印			
	所属事業所名			

申 請 内 容	受診者	☐ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族)		
	家族の場合はその方 の	氏名	生年月日	S・H・R 年 月 日
	傷病名		発病又は 負傷年月日	S・H・R 年 月 日
	発病の原因および経 過	☐ 病気 ⇒ [原因および経過] ☐ ケガ ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください		
	診療を受けた医療機 関等の	名称	所在地	診療した医師氏名
	診療を受けた期間	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日	まで	日数 日
	上記の期間に入院して いた場合は、その期間	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日	まで	日数 日
	診療の内容	療養に要した費用の額 円		
	療養費の支給申請の 理由	☐ 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため ☐ 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 ☐ 治療用装具を作成したため ☐ その他 []		
	委任状	私は本請求に基づく給付金に関する受領を、代理人 年 月 日 被保険者の氏名 印 に委任します。		

の 資 格 喪 失 後 入 入	金融機関名	金融機関コード	店番コード	口座種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他()
	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)			

東ソー関連健康保険組合 R1.5.1

＜添付書類の注意点＞

1. コルセット・義肢・装具等に関する申請の時は、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
2. 診療費に関する申請の時は、「領収証書」と「診療明細書」をつけてください
3. 靴型装具の申請の時は、装具の詳細が確認できる写真をつけてください
4. 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

出納日付印	受付日付印

備考欄	
-----	--