

療養費決定 伺	支 給 額	円				常務理事		事務長		担当	
	支 給 期 間	令 年 月 日から令 年 月 日まで 日間									
						資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日				
						資格喪失	令和 年 月 日				

※これより上欄は記入しないで下さい

店名

社員
番号

被保険者・被扶養者

療養費支給申請書

(装具・立替払い用)

ライフコーポレーション健康保険組合理事長殿 下記の通り請求します。

記入日

令和

年

月

日

被保険者証の			被保険者 の氏名	フリガナ	生年月日			
記 号		番 号			昭・平 年 月 日			
郵便	—	住所				電話	()	
療養を受けた者の 氏名・生年月日・被保険者との続 柄			続柄 () 昭・平・令 年 月 日生					
傷病名								
発病又は負傷の年月日			平成・令和 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	はい いいえ	
傷病の経過								
療 養 を 受 け た 医 療 機 関 の	名 称 医師の名称							
	所在地					電話	()	
診療又は手当の内容								
【装具申請】装具装着日			令和 年 月 日					
【立替払い】うへの医療機関等で 療養を受けた期間(申請期間)			令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					
うへの期間に受けた療養に対し医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 (今 回 の 申 請 額) 【装具費・立替払い額】			円		入院・通院の別	入院 ・ 通院		
療養の給付又は保険外併用療養費も しくは家族療養費の支給を受けるこ とができなかった理由								
振込希望口座 ・被保険者名義を 記入して下さい ・ゆうちょ銀行の 支店名は漢数字3ケタ です		金融機 関名	銀行 農協 金庫 信組		本店 支店 出張所	口座種別	普通 当座	
		口座番 号			口座名義 (被保険者)	カタカナで記入		

<添付書類>①治療用装具の申請は、「医師の意見書(証明書)」及び装具費用の「領収書」(ともに原本)
②立替払いの還付申請は、「領収書(前保険者に支払ったもの・原本)」及び「診療報酬明細書」