

療養費決定 伺	支 給 額	円	常務理事	事務長	担当
	支 給 期 間				
	格				
	資 格 喪 失	令和 年 月 日			

添付書類は下部をご参照ください

※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 記 号 番 号 200 10000		フリガナ ケンボ タロウ 被保険者 の氏名 健保 太郎	生年月日 昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
郵便 ○○○—○○○	住所	○○市○○町○○1-2-3○○マンション102号室		電話 ○○ (○○○) ○○○○
療養を受けた者の 氏名・生年月日・被保険者との続 柄 健保 花子 昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日生		療養を受けた方 続柄 (妻)		
傷病名		右足骨折		
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		自宅の階段から転倒など (どこで・どうしたのかを具体的に)		第三者行為 によるもの ですか はい いいえ
傷病の経過		良好		
療養を受けた 医療機関の	名 称 医師の名称	○○整形外科		
	所在地 電話番号	○○市○○町○○1-2-3 電話 ○○ (○○○) ○○○○		
診療又は手当の内容		骨の固定		
【装具申請】装具装着日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
【立替払い】うえの医療機関等で 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		
うえ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		コルセット装着 など		
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 ケンボ タロウ		

該当する方に○

該当する方に○

<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」

※診療明細書は添付書類となりません