

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書

|  |  |         |                   |                    |              |    |
|--|--|---------|-------------------|--------------------|--------------|----|
| 被保険者証の<br>記号・番号                          | 記号   | 番号      | 被保険者<br>氏名        |                    |              |    |
| 被扶養者の場合<br>はその氏名                         | 氏名   |         | 生年月日              | 年 月 日              | 被保険者<br>との続柄 |    |
| 事業所の名称                                   |  |         | 事業所の<br>所在地       | (〒 - )             |              |    |
| 傷病名                                      |  |         | 発病または<br>負傷の年月日   | 年 月 日              |              |    |
| 発病または<br>負傷の原因                           |  |         |                   |                    |              |    |
| 傷病の経過                                    |  |         |                   |                    |              |    |
| 診療又は手当を<br>受けた医療機関<br>の名称・所在地<br>及び医師の氏名 | 名称   |         | 所在地<br>及び<br>電話番号 | 〒                  |              |    |
| 診療又は<br>手当の内容                            |  |         | 入院期間              | 自 年 月 日            | 至 年 月 日      |    |
|  |  |         | 装具装着日             | 年 月 日              |              |    |
| 診療又は手当を<br>受けた期間                         | 自 年 月 日  | 至 年 月 日 | 日間                | 診療又は手当に<br>要した費用の額 | 金            | 円也 |
| 保険診療を受け<br>られなかった<br>理由(詳しく)             | 1. 治療上必要な装具を装着した。<br>2. 保険証を保険医療機関の窓口に提出できなかったために、療養給付が受けられなかった。<br>提出できなかった理由 ( )<br>3. その他 ( ) |         |                   |                    |              |    |
| 第三者の行為によ<br>る負傷であるとき                     | 届出の有無  | 有 ・ 無   | 加害者の氏名            |                    |              |    |
|  |  |         | 加害者の住所            |                    |              |    |
| 私は所属する事業所を代理人と定め、受領を委任し上記の通り申請します。       |  |         |                   |                    |              |    |
| 年 月 日 〒                                  |  |         |                   |                    |              |    |
| 被保険者 住所                                  |  |         |                   |                    |              |    |
| コクヨ健康保険組合理事長 殿 氏名                        |  |         |                   |                    |              |    |

●退職者は振込先を記入してください。(任意継続者は保険料引落口座になります)

|     |      |                        |
|-----|------|------------------------|
| 振込先 | 口座名義 | フリガナ<br>氏名             |
|     | 銀行   | 銀行 支店<br>普通 ・ 当座 口座番号： |