

支払決定日	令和	年	月	日
支給日	令和	年	月	日
支給額	¥			円
内訳	療養費	¥		円
	付加金	¥		円
支給期間	令和	年	月	日～
	令和	年	月	日 日間

理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得日			
昭和・平成・令和 年 月 日			

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者証番号	—	被保険者氏名	印
受診者氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者との続柄
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因			
診察の内容	入院 ・ 通院		
申請する理由	<input type="checkbox"/> 医療費の立替払い <input type="checkbox"/> 装具作成の為		
受診した医療機関	名称	住所	
診療又は手当を受けた期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間	診察または装具作製時に要した費用の額 ¥	
第三者による傷病ですか	はい ・ いいえ	業務上または通勤途上の傷病ですか	はい ・ いいえ
本請求に基づく給付金の受領を（代理人）		事業主印	に委任します。
令和 年 月 日		〒	
東洋水産健康保険組合 理事長 殿		住所	被保険者の氏名
			印

【添付書類】

R1.11

- 保険証不携帯の場合 ⇒ ・診療時の領収書(原本)
- 旧保険の誤使用の場合 ⇒ ①旧加入保険に返納した領収書(原本) ②診療報酬明細書
- 装具作製の場合 ⇒ ①医師の診断書(原本) ②装具作製時の領収書(原本) ③装具作製確認書 ④治療用装具写真貼付台紙

※③④は東洋水産健康保険組合ホームページよりダウンロードしてください。
※小児治療用眼鏡・治療用弾性ストッキングに限り、③④は添付不要です。

