

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	3001-1234	被保険者氏名	東 太郎
受診者氏名	東 花子	生年月日 昭和(平成)令和 21年 10月 10日	被保険者との続柄 長女
傷病名	左アキレス腱断裂	発病又は負傷の年月日	令和 1年 10月 22日
発病又は負傷の原因	テニスのプレー中の負傷		
診察の内容	左アキレス腱断裂につき全治5ヶ月(現在リハビリ中) (入院)・通院		
申請する理由	<input type="checkbox"/> 医療費の立替払い <input checked="" type="checkbox"/> 装具作成の為		
受診した医療機関	名称 ふたば総合病院	住所	東京都港区芝浦6-3-7
診療又は手当を受けた期間	令和 3年 5月 20日～ 令和 3年 5月 20日	1日間	診察または装具作製時に要した費用の額 ¥ 79,450
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) 事業所記入欄 に委任します。			
令和 3年 6月 10日		住所	〒108-0000 東京都〇〇区〇〇町3-2-1
東洋水産健康保険組合 理事長 殿		被保険者の氏名	東 太郎 (自署)

振込口座を公金受取口座とする場合は本申請とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

【添付書類】

- 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。