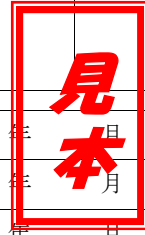


受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支払区分	7割 8割 9割
事由	1. 治療用器具 2. 医療費全額負担

支給支払決議書			
常務理事	事務長		係

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日



被保険者
 被扶養者 **療養費支給申請書**

三重交通健康保険組合 理事長 殿

年 月 日 届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 xx	番号 00000	事業所名 〇〇株式会社	
	被保険者氏名	健保 太郎		受診者 連絡先 (自宅・携帯) 090-1234-5678	
	受診者	氏名	健保 花子	被保険者 との続柄 長女	生年月日 昭和 平成 20 年 7 月 1 日 令和
		傷病名	急性咽頭炎		発症・負傷 年月日 昭和 平成 31 年 3 月 20 日 令和
	傷病の 原因	どこで	(外傷の場合のみ記入)		第三者の行為 によって負傷し たものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
		どのように	風邪		
	①治療用装具・治療用眼鏡等・弾性着衣等作成費用申請のとき				
	装具 購入日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	領収証 の金額	円
	添付書類	・治療用装具の申請	>>	<input type="checkbox"/> 領収書《原本》	<input type="checkbox"/> 医師の意見及び装着証明書《原本》
		・弾性着衣の申請	>>	<input type="checkbox"/> 装具作製確認書	<input type="checkbox"/> 購入された装具写真 > メール送信日(/)
・治療用眼鏡の申請		>>	<input type="checkbox"/> 領収書《原本》	<input type="checkbox"/> 病名記載のある医師の作成指示書《原本》	
②被保険者証未提示による自費診療、資格喪失後の返納をしたとき					
被保険者証を提示 できなかった理由	旅行に保険証を持っていなかったため				
診療 年月日	令和 2 年 3 月 20 日 から	1 日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	支払った 金額 9,410 円	
添付書類	・被保険者証未提示	>>	<input checked="" type="checkbox"/> 領収明細書《原本》	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書《原本》 <input checked="" type="checkbox"/> または診療報酬明細書交付について依頼および同意書	
	・資格喪失後の返納	>>	<input type="checkbox"/> 領収明細書《原本》	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書《原本》 <input type="checkbox"/> または診療報酬明細書交付について依頼および同意書	