被保険者
家族

療養費支給申請書

（第　　回目）

本人が書く欄（記入モレ箇所のないようにすること）

被保険者の記号・番号 ・		被保険者の氏名コード			㊞
事業所名		本人の現住所	〒　　TEL　（　　）		
傷病名		発病または負傷の年月日	年　月　日 （負傷の場合は　　時ごろ）		
発病または負傷の原因					
傷病の経過					
診療を受けた医療機関の	名称		所在地		
診療に従事した医師の	氏名		住所		
診療の内容	別添　診療報酬明細書　又は　領収(診療)明細書　のとおり ※診療報酬明細書が入手不可の場合、領収(診療)明細書を添付してください。				
診療の期間	自　年　月　日 至　年　月　日		診療に要した費用の額		
診療の給付を受けることができなかった理由					
第三者行為によって負傷した者であるか否か	ある ない	第三者行為によって負傷した時は	その事実の届出の有無	ある・ない	
			第三者の氏名		
申請者が被扶養者に関するときはその者	氏名		生年月日	SHR　年　月　日	被保険者との続柄

上記のとおり申請いたします。

年　月　日　　日本交通健康保険組合　御中

給付金受領委任状

私が支払を受ける上記申請給付金額の受領を　　に委任します。

年　月　日　被保険者　　㊞

受付年月日

日本交通健康保険組合