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）

被保険者証の記号・番号 ・		被保険者の氏名コード		㊞
被保険者のマイナンバー記載欄 （被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）				
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　または　領収(診療)明細書のとおり			
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