

被保険者
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証の 記号・番号	記号	事業所 名称	衆議院・参議院			
	番号					
傷病名			発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
発病又は 負傷の原因						
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地及 び医師の氏名	名称	所在地 及び電 話番号	〒			
	氏名					
診療又は 手当の内容						
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円	
療養の給付又は 特定療養費もし しくは家族療養 費の支給を受け ることができな かった理由						
被扶養者に関 する申請のとき	氏名	生年月日	昭平令 年 月 日	続柄		
被保険者名義 振込先口座	銀行	支店	普通 当座			
上記のとおり申請します。						
年 月 日 日 時						
住所						
被保険者の						
フリガナ						
氏名						
国会議員秘書健康保険組合理事長 殿						
TEL 自宅						
携 帯						

- ・輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」（原本）を添付してください。
- ・医療費を立て替えたときの申請は、「診療内容明細書又は診療報酬明細書」と「領収書」（原本）を添付してください。