

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	
至 年 月 日						
療 養 の 給 付 又 は 特 定 療 養 費 も し く は 家 族 療 養 費 の 支 給 を 受 け る こ と が で き な 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 午						
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。