被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

立替払等（医科・歯科・調剤）
治療用装具（第　　回目）

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号								② 被保険者の氏名	フリガナ 下記のとおり申請いたします					
	事業所の名称														
	申請が被扶養者に関するときはその者の氏名								生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日			被保険者との続柄		
	傷病名								発病又は負傷の年月日	令和　　年　　月　　日 （負傷の場合は　　時頃）					
	発病又は負傷の原因											傷病の経過			
	診察を受けた病医院の	名称										診療した医師氏名			
		所在地													
	診療の期間（入院-入院外の別）又は装具装着日	入院・入院外						自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日				入院の場合日数		日間	
		装具装着日						令和　　年　　月　　日				入院外の場合実日数		日	
	診療に要した費用の額	金　　円 （別紙証拠書のとおり）							療養の給付を受けることができなかった理由						

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和　　年　　月　　日
	被保険者（請求者）	住所 氏名	
	代理人（口座名義人）	住所 氏名	委任者と代理人との関係

支給決定額　　円　也

受付日付印

常務理事	事務長		担当者

関西テレビ放送健康保険組合