

0:療 養 費  
 1:家 族 療 養 費 支給申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 □欄のある箇所では、該当する答えにチェックマークをしてください。

＜添付書類＞ 請求内容が治療用装具購入のとき..領収書と医師の証明書

自費診療又は国保等資格喪失後受診分のとき..領収書と診療報酬明細書(又はJR健保指定の診療明細書 様式36号)

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号 (3)療養者氏名

(4)診療期間

(5)診療区分 (6)入院・外来 (7)国内外 (8)診療日数

(9)請求内容 (10)診療費 (11)請求額

治療を受けた 医療機関など	名称			
	所在地			
発病又は負傷の原因 及び経過	いつ	年 月 日	どこで	
	どのように			
	①勤務時間中ですか □はい ②通勤途上ですか □はい ③第三者加害ですか □はい (交通事故等) □いいえ □いいえ □いいえ			
市区町村等からの 医療費助成の有無	□有 □無	助成内容: □乳幼児 □障害 □老人 □妊産婦 □その他( )		

上記のとおり、事業主を経由して申請いたします。 年 月 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿 勤務箇所

氏 名 (印) \*

\* 被保険者等が自ら記入する場合は押印は省略可 電話(自宅・携帯) - -

事業所使用欄	箇所長	(印)	電話	-	健保担当課	(印)	事業主整理番号	
--------	-----	-----	----	---	-------	-----	---------	--

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に申請する場合は「上記のとおり、事業主を経由して申請いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分に二重線で抹線して提出してください。