1101

□ 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　4:治療用装具購入の場合は装着日を記入してください

□ 7:平成 9:令和　□□年□□月□□日　から　□ 7:平成 9:令和　□□年□□月□□日　まで

(5)診療区分　□ 1:医科(薬局を含む) 2:歯科

(6)入院・外来　□ 1:入院 2:外来

(7)国内外　□ 1:国内 2:海外

(8)診療日数　□□日

(9)請求内容　□
1:自費診療(自費診療となった理由　　)
2:はり・灸
3:あんま・マッサージ
4:治療用装具購入
5:柔道整復
6:血液購入
7:国保等資格喪失後受診分

(10)診療費　□□□□□□□円

(11)請求額　□□□□□□□円

治療など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 □いいえ　②通勤途上ですか □はい □いいえ　③第三者加害ですか(交通事故等) □はい □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

電話(自宅・携帯)　－　－

事業所使用欄	箇所長		電話	－	健保担当課		事業主整理番号	