

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)被保険者等記号	(2)被保険者等番号	(3)療養者氏名	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(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		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	から	<input type="text"/>
7:平成 9:令和	年 月 日		7:平成 9:令和
			まで
(5)診療区分	(6)入院・外来	(7)国内外	(8)診療日数
<input type="checkbox"/> 1:医科(薬局を含む) <input type="checkbox"/> 2:歯科	<input type="checkbox"/> 1:入院 <input type="checkbox"/> 2:外来	<input type="checkbox"/> 1:国内 <input type="checkbox"/> 2:海外	<input type="text"/> 日
(9)請求内容	(10)診療費		(11)請求額
<input type="checkbox"/> 1:自費診療 自費診療となった理由	)		<input type="text"/> 円
<input type="checkbox"/> 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			<input type="text"/> 円

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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	②通勤途上ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	③第三者加害ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (交通事故等)	
市区町村等からの 医療費助成の有無	<input type="checkbox"/> 有	助成内容: <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 妊産婦		
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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
--------	-----	----	---	-------	---------