

※支給決議書	支給年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務局長	リーダー	担当	公費	
	支給額										
	支給内訳	法定				資格取得	昭・平・令	年	月	日	履歴
		付加				資格喪失	平・令	年	月	日	
	備考						支給期間				

被保険者 療養費支給申請書 <全額自己負担用>  
 家族

注意事項

この申請書は、病院(入院・入院外別)ごと・薬局ごとにそれぞれ1枚必要で、かつ、月ごとに分けて申請して下さい。

(イ) (ア) は診療報酬明細書又は調剤報酬明細書及び、領収書の本紙を添付して下さい。診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の交付がされない場合は、裏面に医療機関等より必要な証明を受けて下さい。

★欄は、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、そのように読み替えて記入して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者等 記号・番号(※)	記号 番号	被保険者(社員) の氏名	生年月日 昭・平・令	年	月	日	
	※ KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照ください							
	被保険者の 現住所	〒			TEL	( )		
	事業所名 (所属)				TEL	( )		
	傷病名				発病または 負傷年月日			
	発病または 負傷原因							
	★ 診療を受けた 病院等の	名称				医師氏名		
		所在地						
	★ 診療の内容				(※) 診療 に要した 費用の額			
	★ 診療の期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
療養の給付を 受けることが できなかった理由	<病院にマイナ保険証や資格確認書等を提示できなかった理由等を記入して下さい>							
第三者行為に よって負傷 したもので あるか否か	ある ない	第三者行為によって 負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない				
		第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)						
申請が被扶養者 (家族)に関する ときはその者の	氏名				令和	年	月	日提出
	生年月日	昭・平・令	年	月	日			
	続柄							
委任状	本請求により支給される療養費等の受領に関することを下記の者に委任します							
	所在地 事業所名称 事業主名称	-----						
	委任者氏名							

.....  
 受付日付印