

療 養 費 請 求 書

第 二 家 族 療 養 費

被 保 險 者 記 入 欄	下記により請求します。							
	令和 年 月 日							
	請求者住所							
	請求者氏名							
	KOA健康保険組合理事長 殿							
	被保険者証の 記号と番号	記号		番号		所属名		
	被扶養者が受診した ときはその氏名					生年月日	年 月 日	
	傷病名					発病又は負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
発病又は負傷の 原因及びその経過								
療養の給付を 受けなかった理由								
診療の期間又は 治療装具の作成日	年 月 日 日間			入院 外来	診療に要した費用 治療装具の金額	円		
負傷が第三者の 行為による場合	第三者の 氏名と住所					その事実の 届出の有無	有 ・ 無	
健 康 保 險 組 合 記 入 欄	受付年月日	令和 年 月 日			決定年月日	令和 年 月 日		
	支給決定金額	円			支払年月日	令和 年 月 日		
	常務理事	事務長	担当者					