

支給決定 及 支払 伺	保険給付費		法定給付費		療養費		円
					第二家族療養費		円
	給付期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間	率		7割 8割	金額	円
	理事長	常務理事	事務長	担当者		支払年月日	
						平成 年 月 日	

## 療養費受給届

(被保険者・被扶養者)

被保険者証 の記号番号	記号	番号	事業所 の名称				
傷病名			発病・負傷 年月日	平成 年 月 日			
発病・負傷の原因 (特に外傷は詳しく) 傷病の経過							
保険診療を受けられ なかった理由 (詳しく)	1.治療上必要な装具の制作業者は医療機関でないために療養給付が受けられなかった。 2.保険証を保険医療機関の窓口に提出できなかったために療養給付が受けられなかった。 提出できなかった理由( ) 3.その他( )						
診療・手当を受けた 病院名・住所							
診療・手当の内容							
診療・手当の期間 (該当欄に記入)	外来期間			入院期間		コルセット装着日	
	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間		年 月 日			
他の制度(市町村から の補助等)により、その 一部の支給を受けら れるかどうか	1.受けられる [制度名 ] 2.受けられない						
第三者の行為による 負傷であるとき	1.第三者行為に該当 → 2.第三者行為に非該当	1.届出有り 2.届出無し	1の場合 は加害 者の	氏名			
被扶養者の場合 その者の氏名	被保険者 との続柄			被扶養者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日		
<b>クボタ退職者は下欄を記入。在職者(クボタ・関連会社)又は関連会社退職者は、記入不要。</b>							
振込希望銀行  ※郵便局はお取り 扱っていません。	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	口座区分	口座No.	
	名 義			フリガナ			

上記の通り請求します。なお、支払方法については、クボタ健康保険組合に一任します。

また、下記の事項について異議なく同意致します。

- ①他の保険者から照会があった時、又は他の給付を行う時この届の内容を参考とする場合があること。
- ②この届を事業主経由でクボタ健康保険組合に届けること。(除く、任意継続被保険者)

※1 平成 年 月 日

被保険者住所 〒

氏 名

TEL

印

クボタ健康保険組合 理事長 殿

注意1.療養を受けた場合(海外も同じ)

→診療内容の明細書と領収書を添付

2.コルセットを装着した場合

→医師の意見書と業者の領収書(明細付)を添付

3.※1請求日を記入ください。

事業主の  住所・氏名	
-------------------	--