

※印欄は記入しないでください。

※支給決議書	支払額	法定給付						円	非常務理事	事務長	会計	担当	被扶養者台帳照合印
		付加給付											
		合計											
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間							資格	得喪	年 月 日	年 月 日	
	備考								合計		円		
									一部負担		円		

被保険者 療養費支給申請書
家族

◎保険証を持たずに受診したときは、医療機関発行の「診療報酬明細書」と「領収書」を添付してください。
◎輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」の他、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号		番号		事業所名称		
	社員番号							
	被保険者の 氏名					被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者の 住所	〒 ー 電話番号 ()						
	療養が被扶養 者に関するときはその者の	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 続柄
	傷病名					発病又は 負傷年月日	令和	年 月 日
	発病又は負傷 の原因を詳しく						第三者行為によるものですか? はい ・ いいえ	
	診療を受けた 医療機関	名称					診療に要した費用の額	
		所在地					円	
	診療又は手当 の内容					療養の給付を受け られなかった理由		
	診療の期間	自 令和 年 月 日	入院の場合 入院期間		自 令和 年 月 日	コルセット装着日		
		至 令和 年 月 日			至 令和 年 月 日	令和 年 月 日		
* 振込希望の銀行名 (日本国内の銀行に限る)	銀行(銀行コード ¹)			口座番号	(普・当)			
	店(店コード ²)			口座名義(カタカナで記入)				

*被保険者の口座を記入してください。給付金の受領を他の人に依頼するときは、その方の口座を記入し、下の欄に必要事項を記入してください。被保険者欄は被保険者自身が記入、代理人欄は代理人自身が記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	被保険者 住所 〒 ー	
	氏名	
	代理人 住所 〒 ー	
	氏名	

受付日付印