

※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	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 喪	年 月 日		
											年 月 日		
備考										合計	円		
										一部負担	円		

被保険者
家 族

療養費支給申請書

◎ ◎ 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装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 る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	1	番号	1 2 3 X	事業所名称	東京エレクトロ (株)				
	社員番号	0 0 0 5 6 X									
	被保険者の 氏 名	東京 太郎					被保険者の 生年月日	昭和 平成	5 3 年	5 月	× 日
	被保険者の 住 所	〒 1 8 3 - 1 2 3 X 東京都府中市〇〇町 1 - 2 - X					電話番号	0 4 2 (6 5 3) 2 3 1 X			
	療養が被扶養 者に関するときはその者の	氏名	病院分、調剤分とある場合、それぞれ1枚 の申請書が必要です					日	続柄		
	傷 病 名	大腿骨骨折					発病又は 負傷年月日	令和	2 年	2 月	X 日
	発病又は負傷 の原因を詳しく	スキーをしている時に転倒					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	〇〇病院					診療に要した費用の額			
		所在地	長野県〇〇市〇〇町 1 - X					(領収書の金額) 〇〇 円			
	診療又は手当 の 内 容	治療用装具装着					療養の給付を受け られなかった理由	立て替え払いの為			
	診療の期間	自 令和 2 年 2 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 2 年 2 月 × 日		至 令和 年 月 日		令和 2 年 2 月 X 日					
* 振込希望の銀行名 (日本国内の銀行に限る)	三菱UFJ 銀行 (銀行コード 0005)				口座番号	(普・当)	0 1 3 5 7 X				
	府中 店 (店コード 225)				口座名義 (カタカナで記入)	トウキョウ タロウ					

*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 〒	-								
	氏 名									
	代 理 人 住 所 〒	-								
	氏 名									

受付日付印