

受付年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	

**被保険者療養費支給申請書** (第 回目)  
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の 号	名称 所在地	〒	電話 局 番
傷病名			発病又は負傷の年月日	年 月 日	
発病又は負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称			所在地	〒
	氏名			電話番号	
診療又は手当の内容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日		コルセット装着日	年 月 日	
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨					
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることのできなかった理由					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名			
		加害者の住所		〒	
被扶養者に関する申請のとき	氏 名	生年月日	昭平令	年 月 日	被保険者の続柄
振込希望の銀行	銀行 支店 ( 普通 当座 )				
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 住所 被保険者の 健康保険組合理事長 殿 氏名 印					

(注意事項)

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」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。