

※

同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱者
支払年月日	令和	年	月	日				
支給額	拾万	万	千	百	拾	円		

※

資格	得喪	年	月	日
種目	請求	査定		
	円	円		
合計				
一部負担				

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

※欄は記入しないで下さい

提出日 令和 × 年 × 月 × 日

処理区分	立替払等	治療用装具
------	------	-------

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号・番号	記号 1	被保険者 (申請者)の 氏名と生年月日	三菱 太郎	昭和・平成	年	月	日
	被保険者(申請 者)の現住所	〒123-456	TEL ××× - ×× - ××××					
	事業所名 (部室店名)	東京都〇〇区△△××-××-××	〇〇〇証券 ×××部	TEL ××-×××-××××	任意継続保険の場合 は、記入不要			
	申請が被扶養者 に関するもので あるとき	氏 名	生 年 月 日	続 柄				
	傷病名	頸腕症候群		発病又は負 傷年月日	平成・令和 ×× 年 × 月 × 日			
	発病又は負傷の 原因	原因不明		領収書の日付				
	第三者の行為(交 通事故・けんか等) の有無	☐ 第三者行為によるものである		☒ 第三者行為によるものではない				
	診療を受けた病 院等の名称及び 住所	名称	〇〇クリニック	医師の 氏名	〇〇 〇〇			
	診療の期間 (支給期間)	自	令和 〇 年 〇 月 〇 日	至	令和 〇 年 〇 月 〇 日	入院・外来 の別	入院 (外来)	
	上記の期間に入 院していた場合 は、その期間	令和 年 月 日から	日間	治療に要 した費用の額	××× 円 (別紙明細書のとおり)			
	診療又は 手当の内容	はり・きゅうによる治療		医療助成等受けて いる場合は、助成名を 記入下さい。				
	療養費の支給申 請の理由	☐ 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認出来なかったため						
		☐ 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため						
	☐ 他の健保組合で資格喪失後に受診し、返還した医療費を申請するため							
	☒ その他 (償還払いのため)							
医療助成について	☐ 受けている ()		☒ 受けていない					

委任状

上記給付金の受領を右の者に委任します。

令和 × 年 × 月 × 日

住所

[事業主] 事業所記入

被保険者名 三菱 太郎

印

氏名

印

三菱UFJ証券グループ健康保険組合

・毎月25日までに健康保険組合に到着した分につきましては翌月給与に計算して支給致しますが健康保険組合宛ご連絡下さい。
(退職される場合等、翌月給与が支給されない方につきましては、お手数ですが健康保険組合宛ご連絡下さい。)