

※

| | | | | | |
|-------|--------------|------|-----|----|----|
| 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 | 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 |
|------|--------------|

・毎月25日までに健康保険組合に到着した方につきましては翌月給与に計算して支給致します。
(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。)

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------|----------|----------------|---------------------------|----------------------|------------------|-------------|----------|
| 被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | | | 被保険者 (申請者)の 氏名と生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 印 | |
| | | 番号 | | | | | | | |
| | 被保険者証(申 請者)の現住所 | 〒 | | TEL - - | | | | | |
| | 事業所名 (部室店名) | | | TEL - - | | (内線8 - -) | | | |
| | 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 | | | |
| | | | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | | |
| | 傷病名 | | | | 発病又は負 傷年月日 | 入院・外来 平成・令和 年 月 日 | | | |
| | 発病又は負傷の 原因 | | | | | | | | |
| | 診療を受けた病 院等の名称及び 住所 | 名称 | | | 医師の 氏名 | | | | |
| | | 住所 | TEL - - | | | | | | |
| | 診療の期間 (支給期間) | 自 | 平成 令和 | 年 月 日 | 至 | 平成 令和 | (日間) 年 月 日 | 入院・外来 の別 | 入院 外来 |
| | 入院の場合上記 の入院期間 | 平成・令和 年 月 日から | | 平成・令和 年 月 日まで | | 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 | | | | | | | | |
| | 健康保険を受け ることができな かった理由 | | | | | | | ※受付印 | |
| 医療助成について | 1. 受けている() 2. 受けていない | | | | | | | | |
| 傷病が第三者の 行為による時は その事実及び第 三者の住所氏名 | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----|---------------------|----|-------------|---|
| 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 | | |
| | 被保険者名 | 印 | [事業主] 氏名 | 印 |