

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

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		

支給期間	自 年 月 日
	至 年 月 日 日間

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

(第 回数)

被保険者証の 記号・番号	記号	事業所の名 称と所在地	名 称		
	番号		所在地		
被 保 険 者 氏 名			被扶養者に関 する申請の ときはその 氏名・生年月日	昭・平 年 月 日	続 柄
傷 病 名				発病又は負 傷の年月日	平成 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 ※わかる範囲で	名 称		所在地 及び電 話番号		
	氏 名				
診 療 又 は 手 当 の 内 容				診療又は手当に 要した費用の額	金 円也
診療又は手当を 受けた期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日 日間	左の期間のうち入院期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
療養の給付を 受けることが できなかった理由					
第三者の行為 による負傷で あるか否か	ある ・ ない		第三者行為の場合 届出の有無	ある ・ ない	
振 込 希 望 の 銀 行 (被保険者の口座)	金融機関名	銀 行 金 庫 農 協 ( ) 支店			
	口座番号	( 普通 ・ 当座 ) 第 号			
	口座名義 (フリガナ)				
上記のとおり申請します。					
平成 年 月 日 日 印					
被保険者の 住所					
氏名					
渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿 TEL					

(注意事項)

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」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。

記入例

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

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		

支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
日間				

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

(第 回数)

被保険者証の 記号・番号	記号 1000	事業所の名 称と所在地	名称	渡辺パイプ株式会社 (新宿 SC)	
	番号 00000		所在地	新宿区西落合 1-20-17	
被保険者 氏名	健保 太郎		被扶養者に関 する申請の ときはその 氏名・生年月日	健保 花子	続柄 妻
傷病名	右足関節骨折			発病又は負 傷の年月日	昭平 50年 10月 10日 平成 26年 7月 1日
発病又は 負傷の原因	自転車で転倒				
傷病の経過	治療継続中				
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 ※わかる範囲で	名称	〇〇整形外科クリニック	所在地 及び電 話番号	東京都〇〇区〇〇1-1	
	氏名			TEL : 03-0000-0000	
診療又は 手当の内容	処置、湿布薬を処方			診療又は手当に 要した費用の額	金 25,000 円也
診療又は手当 を受けた期間	自 平成 26年 7月 1日 至 平成 年 月 日 1日間			左の期間のうち入院期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	
療養の給付を 受けることが できなかった理由	保険証不携帯 (※治療用装具の場合は「装具代の為」)				
第三者の行為 による負傷で あるか否か	ある ・ <input checked="" type="radio"/> ない		第三者行為の場合 届出の有無	ある ・ ない	
振込希望の 銀行 (被保険者の口座)	金融機関名	三井住友		銀行 庫協 本店	支店
	口座番号	(普通・当座)		第 1111111	号
	口座名義 (フリガナ)	ケンポ タロウ			
上記のとおり申請します。					
平成 26年 7月 20日		〒130-0000			
被保険者の		住所 東京都〇〇区△△1-1-3			
渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿		氏名 健保 太郎		健保印	
		TEL 03-0000-XXXX			

(注意事項)

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」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。