

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		
支給期間	自	年	月
	至	年	月
	日間		

支給支払決議書			
理事長	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  
被扶養者 療養費支給申請書 (第 回目)

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	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 及び電 話番号	
	氏名				
診療又は 手当の内容	入院期間		自	年	月
	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	日間
	至	年	月	日	
	診療又は手当に 要した費用の額		金		円也
療養又は手当が被 保険者の選定に係 る特別の病室の提 供、その他厚生労働大臣 が定める療養を含むと きはその旨					
療養の給付又は特 定家族療養を受ける きなかつた理由					
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	年	月	日
		明大昭平			被保険者 との続柄
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店(普通 当座	第 号)	郵便局
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 東海放送健康保険組合理事長 殿 (印)					

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	年	月	日	請求した	被保険者 被扶養者
	金	円也の受領に関すること。			
	年	月	日		
	被保険者の		住所		
	代理人の		住所		
			氏名		(印)
			氏名		(印)
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店(普通 当座	第 号)	郵便局

領 収 書	金	円也但し			
	う え の 金 額 を 領 収 い た し ま し た 。				
	年	月	日		
	東海放送健康保険組合理事長 殿		住所		
	受領者		住所		
			氏名		(印)

(注意事項) 輸血及びコルセット等(装具)・治療用眼鏡(年齢制限・上限額あり)に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかにこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。