

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	日
	至	年	月	日
	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

記入例

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回)

(注意事項) 輸血及びコルセット等(器具)・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。

被保険者証の 記号・番号	第 25 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称	〇〇××株式会社	電話	〇〇局	〇〇〇番	
	第 1998 号		所在地	名古屋市〇〇区××町〇〇××番地				
傷病名	右足首骨折			発病又は負傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
発病又は負傷の原因	旅行中、階段から足を踏み外し、転倒したため							
傷病の経過	〇〇〇〇〇							
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	〇〇××病院		所在地及び電話番号	名古屋市××区〇〇町 〇〇××番地 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	氏名	〇〇 〇〇〇						
診療又は手当の内容	ギプス包帯、その他外科処置			入院期間	自	〇〇年 〇〇月 〇〇日	至	〇〇年 〇〇月 〇〇日
				コルセット装着日	年 月 日			
診療又は手当を受けた期間	自	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	診療又は手当に要した費用の額	金	〇〇,〇〇〇円也		
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療養費の支給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	明大昭平	年	月	日
				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。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者の住所 名古屋市〇〇区△△町〇〇××番地 東海放送健康保険組合理事長 殿 氏名 東海 一郎								

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。					
	年	月	日	請求した被保険者療養費のうち			
	金	円也の受領に関すること。					
	年	月	日				
		住所	名古屋市〇〇区△△町〇〇××番地				
		被保険者の氏名	東海 一郎				
		代理人の住所					
		氏名					
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					

任意継続被保険者の
方は不要です

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						
	受領者 住所 氏名						