

| | | | | | | | |
|-----|---|---|---------------|------|-----|----|---|
| 支給額 | ※ | 円 | 支払年月日 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | | | ※ 令和 年 月 日 | | | | |

- 被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書

本・家印

※ 処 理 区 分 立替払等26 ・ 治療用装具 24 ・ あんま22 ・ マッサージ21 ・ 針灸23

提出日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------|-------------------------------|-------------|----------------|----|---------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号番号 | 記号 番号 | 被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日 | | S・H 年 月 日 | | |
| | 事業所名 及び所在地 | (内線) | | | | | |
| | 被扶養者のとき はその方の | 氏 名 | 生 年 月 日 | | 続 柄 | | |
| | 傷 病 名 | 発病又負傷の 年月日 | | S・H・R 年 月 日 | | | |
| | 発病又は負傷の 原因及びその経過 | H・R 年 月 日 (時頃) | | | | | |
| | 診療を受けた病 院等の名称及び 住所 | 名称 住所 | 医師の氏名 | | TEL - - | | |
| | 診療の期間 (支給期間) | 自 | H・R 年 月 日 | から | H・R 年 月 日 | | □入院 □外来 |
| | 入院の場合 入院期間 | 至 | H・R 年 月 日 | まで | □ | 日間 | |
| | 診療又は 手当の内容 | 自 | H・R 年 月 日 | から | 治療に要した 費用の額 | | 円 |
| | 健康保険を受 けることができ なかった理由 | 至 | H・R 年 月 日 | まで | □ | 日間 | |
| 医療助成について | <input type="checkbox"/> 受けている () <input type="checkbox"/> 受けていない | | | | | | |

注)被保険者は全て給与組込みしますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。また、任意継続者につきましても、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

| | | | | |
|--|------------------|---|---------|--|
| 機 振 込 を 希 望 す る 金 融 | 金 融 機 関 コ ー ド | | 金融機関名 | |
| | 店 番 号 | | 支 店 名 | |
| | 預 金 種 目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口 座 番 号 | |
| | 口 座 名 義 | カタカナ ----- 漢字 | | |

注)任意継続者以外は全て給与組込みしますので、受取代理人の本人欄に記名してください。

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|----------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | ※ 受付印 |
| | 本人 住所 氏名 代理人 住所 氏名 | 令和 年 月 日 |

| | |
|--------|--|
| 備 考 | 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。 個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/>) |
|--------|--|