

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

①

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 ・ 治療用器具 24 ・ あんま22 ・ マッサージ21 ・ 針灸23

提出日 平成29年1月6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	11	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	光学 一郎 昭和60年10月10日 (内線 915)		
	事業所名 及び所在地	オリンパス (株) 東京都新宿区西新宿2-3-1					
	被扶養者のとき はその方の	氏 名	生 年 月 日		続 柄		
		光学 花子	昭和62年8月8日		妻		
	傷 病 名	左膝内側靭帯損傷	発病又負傷の 年月日	平成28年11月3日 (15 時頃)			
	発病又は負傷の 原因及びその経過	自宅で子供と遊んでいて転倒					
	診療を受けた病院 等の名称及び 住所	名 称	光学整形外科	医師の氏名	工業 弘		
		住 所	東京都八王子市北八王子5番			TEL 0427 - 55 - 8888	
	診療の期間 (支給期間)	自	平成28年11月3日	から	□入院 □外来		
		至	平成28年11月30日	まで	4 日間		
入院の場合 入院期間	自	年 月 日	から	治療に要した 費用の額			
	至	年 月 日	まで	日間 ③ 25,000 円			
診療又は 手当の内容	別紙医師の証明書の通り						
健康保険を受 けることができ なかった理由	保険証申請中のため④						
医療助成について	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない						

注)被保険者は全て給与組込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。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。

融 機 関 を 希 望 す る 金	金融機関 コード	1111	金融機関名	〇〇〇
	店 番 号	123	支 店 名	幡ヶ谷
	預 金 種 目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口 座 番 号	12345678
	口 座 名 義	カタカナ コウガク イチロウ 漢字 光学 一郎		

注)任意継続者以外は全て給与組込みますので、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 令和 年 月 日				※ 受付印
	本人	住所	東京都渋谷区幡ヶ谷1234		
	代理人	住所	氏名 光学 一郎		
在籍中の被保険者は「受取代理人の欄」の本人欄に記名、会社が代理人になります。					

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"/>)
--------	--

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

①

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 平成29年1月6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	11	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	光学 一郎 昭和60年10月10日 (内線 915)				
	事業所名 及び所在地	オリンパス (株) 東京都新宿区西新宿2-3-1							
	被扶養者のとき はその方の	氏名	光学 花子		生年月日	昭和62年8月8日	続柄	妻	
	傷病名	左膝内側靭帯損傷	発病又負傷の 年月日	平成28年11月3日		(15 時頃)			
	発病又は負傷の 原因及びその経過	自宅で子供と遊んでいて転倒							
	診療を受けた病院 等の名称及び 住所	名称	光学整形外科		医師の氏名	工業 弘			
		住所	東京都八王子市北八王子5番 TEL 0427 - 55 - 8888						
	診療の期間 (支給期間)	自	平成28年11月3日	から	平成28年11月30日	まで	4 日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	
	入院の場合 入院期間	自	年 月 日	から	年 月 日	まで	日間	治療に要した 費用の額	③ 25,000 円
	診療又は 手当の内容	別紙医師の証明書の通り							
健康保険を受 けることができ なかった理由	装具着用のため ④								
医療助成について	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない								

注)被保険者は全て給与組込しますので、「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。

融 機 関 を 希 望 す る 金	金融機関 コード	1111	金融機関名	〇〇〇
	店番号	123	支店名	幡ヶ谷
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	12345678
	口座名義	カタカナ コウガク イチロウ 漢字 光学 一郎		

注)任意継続者以外は全て給与組込しますので、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	令和 年 月 日	※ 受付印
	本人	住所 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 氏名 光学 一郎	
	代理人	住所 氏名	

在籍中の被保険者は「受取代理人の欄」の本人欄に記名、会社が代理人になります。

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"/>)
--------	---

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

①

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 ・ 治療用器具 24 ・ あんま22 ・ マッサージ21 ・ 針灸23

提出日 平成29年1月6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	11	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	光学 一郎 昭和60年10月10日 (内線 915)		
	事業所名 及び所在地	オリンパス (株) 東京都新宿区西新宿2-3-1					
	被扶養者のとき はその方の	氏 名	生 年 月 日		続 柄		
		光学 太郎	平成25年11月11日		子		
	傷 病 名	弱視	発病又負傷の 年月日	平成28年12月3日 (15 時頃)			
	発病又は負傷の 原因及びその経過	健診にて指摘					
	診療を受けた病院 等の名称及び 住所	名 称	光学眼科病院	医師の氏名	光学 弘		
		住 所	東京都八王子市北八王子5番			TEL 0427 - 55 - 8888	
	診療の期間 (支給期間)	自	平成28年12月3日	から	□入院 □外来		
		至	平成28年12月30日	まで	4 日間		
入院の場合 入院期間	自	年 月 日	から	治療に要した 費用の額			
	至	年 月 日	まで	日間 ③ 25,000 円			
診療又は 手当の内容	別紙医師の証明書の通り						
健康保険を受 けることができ なかった理由	治療用眼鏡作成のため ④						
医療助成について	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない						

注)被保険者は全て給与組込しますので、「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。

融 機 関 を 希 望 す る 金	金融機関 コード	1111	金融機関名	〇〇〇
	店 番 号	123	支 店 名	幡ヶ谷
	預 金 種 目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	12345678
	口 座 名 義	カタカナ コウガク イチロウ 漢字 光学 一郎		

注)任意継続者以外は全て給与組込しますので、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 令和 年 月 日	※ 受付印
	本人 住所 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 氏名 光学 一郎	
	代理人 住所 氏名	

在籍中の被保険者は「受取代理人の欄」の本人欄に記名、会社が代理人になります。

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。
 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)