

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 11	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	光学 一郎	印
		番号 1234		昭和60年10月10日	
	事業所名所在地	オリンパス(株) (内線 915) 東京都新宿区西新宿2-3-1			
	申請が被扶養 者に関する 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	TEL 0427 - 55 - 8888
		住 所 東京都八王子市北八王子5番			
	診療の期間 (支給期間)	自 平成28年11月3日	から	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	
	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	25,000 円	
	至 年 月 日	まで	日間		
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。

融 機 関 必 ず 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しますので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。

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。 平成 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	印
	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、捺印、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)