

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 1234	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	発病又は負傷の 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	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12月3日	から	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	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	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)