

支給決定伺		常務理事	事務長		担当
支給決定	令和 年 月 日				
支給額	法定給付	円			
	付加給付	円			
備考				取得	年 月 日
				喪失	年 月 日

記号・番号	—	被保険者 被扶養者	療養費支給申請書		
社員番号	XXXX	被保険者氏名	健保 幸一		
被保険者住所	〒111-0032 東京都台東区浅草2-222-203		TEL	090-448X-XXXX	
被扶養者に関する 申請のとき	氏名	生年月日	被保険者との続柄		
	健保 美咲	平成10年4月8日	長女		
傷病名	右膝前十字靭帯損傷	発病又は 負傷の年月日	令和4年3月1日		
発病又は 負傷の原因	スノーボード中に転倒				
診療又は手当 を受けた医療機関 の名称・住所及び 医師の氏名	名称	高田整形外科	医師氏名	高田 広治	
	住所	TEL 03 - 4098 - XXXX 台東区上野3-303-XXX			
診療又は手当 を受けた期間	外来	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院	令和3年3月1日 ~ 令和3年3月15日 (15日間)			
診療又は手当に 要した費用の額	45,870円				
診療又は手当 の内容	装具療法				
申請理由	■1. 治療用装具・コルセットを購入した (装着日: 令和4年3月15日)		第三者行為に よるものですか	いいえ・はい	
	□2. 保険証を提示出来ずに診療を受けた □3. その他 (理由を明記)				
給付金の受領について (どちらかご記入下さい)					
■ 1. 在職中の方		令和4年3月31日 事業主に委任します。 被保険者氏名 健保 幸一			
□2. 資格喪失後の方・在職中で 給与口座以外を希望の方 (振込口座記入)	銀行	口座番号	(普通)		
	支店	口座名義	(カケ)		

◎請求上の注意

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

人財部

受付日付印