

支払年月日	令和	年	月	日	理事長	常務理事	事務長	担当
支給金額								
支給内訳	法定	・	・					
	付加	・	・					

健康保険 療養費支給申請書

記号/番号			事業所	名称				
				所在地				
傷病名				発病または負傷の年月日	令和	年	月	日
発病または負傷の原因								
傷病の経過								
診療を受けた病医院の	名称				所在地			
診療に従事した医師の	氏名				住所			
診療の期間	令和	年	月	日	日間	診療に要した費用	円	
	令和	年	月	日				
第三者の行為によって負傷したか否か	ある	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無			有・無		
	ない		第三者の氏名・住所					
被扶養者に関する申請の時は	氏名			生年月日	年	月	日	続柄
振込先				銀行・信用金庫	普通・当座	No.		
					フリガナ			
				支店	口座名義			

上記のとおり申請致します。

令和 年 月 日

住所
被保険者 _____
氏名 _____