

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

立替払用記入例

枝番は記入しないでください。

令和 1 年 5 月 10 日

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証		②被保険者の 氏名・生年月日		大日 太郎			
	記号	111	番号	222345	昭和 54 年 7 月 2 日			
	③被保険者の現住所		〒 000-0000 東京都大陽市日酸町1-1-1					
	④事業所名		〇〇株式会社					
	⑤療養が被扶養者に関する ときは、その者の		氏名	大日 花子	生年月日	昭和59年 9 月 20 日生	続柄	妻
	⑥傷病名		急性腸炎		⑦発病または 負傷年月日		令和 1 年 5 月 7 日	
	⑧発病時の状況について (負傷の場合は負傷の原因)		旅行先で夕食後、腹痛を発症					
	⑨第三者行為によるものですか		はい・いいえ	⑩診療を受けた病院名		〇〇医院		
	⑪診療の期間 (装具等の場合は装着日)		自	令和1年 5 月 7 日	⑫日数	⑬入院・入院外の別	⑭診療に要した費用の額	
			至	令和1年 5 月 8 日	2 日	入院・入院外	6,200 円	
⑮診療の内容		検査および投薬		⑯療養の給付を受ける ことができなかった理由		旅行時に保険証を持参していなかった		

委 任 状	令和 1 年 5 月 10 日		被委任者は当組合に 届出ている事業主です	
	表記請求金額の受領を被委任者へ委任します		被委任者	〇〇株式会社
			事業所名	代表取締役社長 〇〇 〇〇
		事業主名		
		被保険者氏名	大日 太郎	

※資格喪失後請求の場合のみ、下記振込先をご記入ください。

給付金振込先口座	
銀行名	
支店名	
預金区分	普通・当座・その他()
口座番号	
口座名義	フリガナ