

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

コルセット等用記入例

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 大郎					
	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		生年月日	年	月	日生	続柄	
	⑥傷病名				腰部椎間板ヘルニア			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)				自宅で家具を動かそうとしたときに発症した。コルセット装着により痛みが和らいだ。							
	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		自	令和1年 5 月 8 日	⑫日数	⑬入院・入院外の別	⑭診療に要した費用の額					
	(装具等の場合は装着日)		至	年 月 日	1 日	入院・入院外	6,750 円					
⑮診療の内容				治療用装具(コルセット)の作成		⑯療養の給付を受ける ことができなかった理由		装具製作所との保険契約がなかった				

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	
			事業所名 〇 〇 株 式 会 社	
			事業主名 代表取締役社長 〇 〇 〇 〇	
		被保険者氏名 大日 大郎		

※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