

伺 日	令和	年	月	日	円	常務理事	事務長	担当者	資 格	得 喪	年 月 日
法 定					円						年 月 日
付 加					円				備考		
支給額					円						

被保険者
健康保険 療養費支給請求書
被扶養者

※領収（診療）明細書を添付して下さい。

※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。

※海外療養費は、渡航の目的を記入し「調査にかかわる同意書」を添付。出向、出張以外の時は、パスポートのコピーも添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	申請年月日		令和 年 月 日												
	被 保 険 者 証	記号									氏 名				
		番号													
	個 人 番 号										※記号番号の記載があれば、個人番号は記載不要				
	被保険者の住所		〒 - 電話： ()												
	勤務する事業所名												<input type="checkbox"/> 任意継続		
	渡航の目的		出張 ・ 出向 ・ 旅行 ・ 留学 ・ その他 ()												
	被扶養者に係る申請のとき		氏 名									生年 月日	年 月 日		続 柄
	傷病名										発病又は傷病の年月日		年 月 日		
	発病又は負傷の原因														
	傷病の経過														
	診療又は手当を受けた医療機関		名 称									医師名			
			住 所											電話： ()	
	診療又は手当の内容		コルセット装着日： 年 月 日												
	診療又は手当を受けた期間		年 月 日から								日間		治療又は手当に要した費用の額		
年 月 日まで								円							
振込み指定の銀行		普通 No. 当座													
		口座名義人		フリガナ											