

被 保 険 者 ・ 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

決 裁 伺	平成	
常務理事	事務長	係

シーケンス N O	支給決定合計額(イ+ロ)	法 定 給 付 額(イ)	付 加 給 付 額(ロ)	公 費
	円	円	円	

被 保 険 者 の	被保険者の 記号・番号	記 号	番 号	提 出 日	平成 年 月 日		
	氏 名 (印)	Ⓜ					
	住 所	郵便番号: — 電話番号: —					
	所属事業所名						
給 付 金 振 込 の 指 定 口 座		銀行 支店		普通預金口座番号＝ 口座名(カナ)＝			
受 診 者 の		氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	続 柄	
傷 病 名							
発病又は負傷の		年月日	昭・平	原因	1. 業務中又は通勤途中による 2. 自動車事故等の第三者行為による 3. 上記以外の原因による		
傷 病 の 経 過							
診療又は手当を受け た医師の住所・氏名		住所: 氏名:					
診療又は装具等の 内容		1. 一般診療(領収明細書のとおり) 2. 診療用装具 3. その他			装具名		
診療又は装具等 に要した費用 (A)		円			左(A)に対する組合に於ける給付額算出基礎金額 (健保組合記入欄) 円		
保険医から療養の 給付を受けることが できなかった理由		1. 健康保険証不持参 2. 診療用装具代金のため 3. その他					
傷病が第三者の行為 によるときは、その事 実ならびに、その第三 者の氏名・住所		氏名: 住所: (氏名又は住所不詳のときはその旨を記入)					

- (注) 1. 「診療又は装具等の内容」は該当事項の番号を○で囲んでください
2. コルセット、ギプス、義肢等に関する支給請求のときは、傷病の治療のために装着を必要と認めた「医師の証明」及び「領収書」を添付して下さい。
3. 「医師の証明書」又は「領収明細書」が日本語以外で作成されたものであるときは、日本語の翻訳文を添付して下さい。
4. 請求者が海外に在るときは、この請求書は事業主を経由して提出して下さい。

受付日

北 洋 銀 行 健 康 保 険 組 合