

支給支払決議書		常務理事	事務長		担当	
支給額		円	資格取得	年	月	日
支給内訳	法定	円	資格喪失	年	月	日
	付加	円	支払年月日	年	月	日

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

提出日 令和1年8月1日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	00	被保険者の氏名 (申請者)	健保 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	
		番号	00000	生年月日	<span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> ・平・令	60年 5月 1日
	被保険者の住所 (申請者)	〒 357-0036 埼玉県飯能市南町×-××			TEL 042-972-×△	
	事業所の名称	新電元商事				
	申請が被扶養者 に関するもの あるとき	氏名		生年月日		続柄
		健保 花子		<span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> ・立・令 2年 4月 1日		妻
	傷病名	骨折		発病又は負傷 の年月日	令和1年7月1日 <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院 外来</span>	
	発病又は負傷の 原因	旅行中に転倒、右下肢を骨折				
	診療を受けた病院 等の名称及び 所在地	名称	新電元総合病院		医師の 氏名	○× △△
		住所	埼玉県飯能市○○ △△-××			
	診療の期間又は 装具を装着した 日	令和1年7月1日から 令和1年7月20日まで		20日間	診療に要 した費用 の額	000,000 円
			※ 装具装着の場合は装着日をご記入下さい			
	診療の内容	骨折部をギブスにより固定				
療養の給付を受け ることができ なかった理由	旅行先からの帰宅途中の為保険証を持参しておらず、急患として受診					
第三者の行為によ って負傷した ものであるか否 か	ある	第三者の行 為によ って負 傷した ときは	第三者の氏名			
	<span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">ない</span>		第三者の住所			
振込先金融機関	新電 銀行 飯能 支店 口座番号 <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> ×××××××× ※ 届出済の口座に振り込みますので届出済の方は記入不要です					