

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 年 月 日

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	被保険者の氏名 (申請者)		①	
		番号	生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	被保険者の住所 (申請者)	〒 <span style="float:right">TEL</span>				
	事業所の名称					
	申請が被扶養者 に関するもので あるとき	氏 名		生 年 月 日		続 柄
				昭・平・令 年 月 日		
	傷 病 名			発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日	入院・ 外来
	発病又は負傷の 原因					
	診療を受けた病院等の名称及び 所在地	名称			医師の 氏名	
		住所				
	診療の期間又は 装具を装着した 日	令和 年 月 日から		日間	診療に要 した費用 の額	円
		令和 年 月 日まで				
	※ 装具装着の場合は装着日をご記入下さい					
	診療の内容					
療養の給付を受け ることができ なかった理由						
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 為によつて 負傷したと きは	第三者の氏名			
	ない		第三者の住所			
振込先金融機関	銀行 支店 口座番号 普通					
※ 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						