

支給額	円
-----	---

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 (第 回)

被 保 險 者	被保険証の 記号・番号	第 _____ 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所	名称	〒 _____		
	傷 病 名				発病又は負傷 の年月日	年	月 日
保 險 者	発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
	診療又は手当を受 けた医療機関の名 称・所在地及び医 師の氏名	名称			所在地 及び 電話番号	〒 _____	電話 _____
が 記 入 す る	診 療 又 は 手 当 の 内 容				入院期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	診療又は手当を受 けた期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 _____ 円也	
入 記 入 す る	診療又は手当が被 保険者の選定に係る特 別の病室の提供、 その他厚生大臣が 定める療養を含む ときはその旨						
	療養の給付又は特 定療養費もしくは家 族療養費の支給を 受けることができな かった理由						
す る	第三者の行為によ る負傷であるとき	その事実 と届出の 有無			加害者の氏名		
					加害者の住所		
と こ ろ	被扶養者に関する 申請のとき	氏名			生年 月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	被保険者と の続柄
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記「委任状」を記入) ※申請者が退職者の方は、公金受取口座を選択できません。個人振込へご記入をお願いします。						
と こ ろ	<個人振込> 振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行			支店 (普通・当座 _____)		
		ゆうちょ銀行	通帳記号	_____	通帳番号	_____	
こ ろ	上記のとおり申請します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
	〒 _____ 被保険者の 住所 氏名 _____						
曙ブレーキ工業健康保険組合 理事長 殿							

委 任 状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。						
	_____ 年 _____ 月 _____ 日 請求した 被保険者 療養費のうち受領に関すること。 被扶養者						
	〒 _____						
	被保険者の 住所 氏名 _____						
〒 _____							
代理人の 住所 氏名 _____							