

支給額	円
-----	---

**被保険者
被扶養者 療養費支給申請書** (第 1 回)

被 保 険 者	被 保 険 証 の 号 第 3 号	被 保 険 者 が 勤 務 する (し て い た) 事 業 所	名 称	曙ブレーキ工業株式会社	
	第 123 号		所在地	埼玉県羽生市東5-4-71	
保 険 者	傷 病 名	右アキレス腱断裂		発病又は負傷 の 年 月 日	2018 年 5 月 25 日
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	ランニング中			
診 療 又 は 手 当 の 内 容	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	羽生整形外科	所 在 地 及 び 電 話 番 号	〒348-8501 埼玉県羽生市東●-▼▼-■
		氏 名	あけぼの 太郎	電話番号	048-561-3575
が 記 入 す る と こ ろ	診 療 又 は 手 当 の 内 容	装具による治療		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 2018 年 5 月 25 日	日 間	医療用・治療用装具装着日	2018 年 5 月 25 日
入 す る と こ ろ	診 療 又 は 手 当 に 要 した 費 用 の 額	金	74,726 円也		
	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				
と こ ろ	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	保険給付外のため			
	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		
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	
と こ ろ	上記のとおり申請します。 2018 年 5 月 28 日				
	住所	〒348-8508 埼玉県羽生市東5-8-3			
と こ ろ	被 保 険 者 の 氏 名	健保 太郎			
	曙ブレーキ工業健康保険組合 理事長 殿				

委 任 状	私は 曙 一郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	2018 年 5 月 28 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				
と こ ろ	被 保 険 者 の 住 所	〒 348-8501 埼玉県羽生市東5-8-3			
	代 理 人 の 住 所	〒 348-8508 埼玉県羽生市東5-4-71			
と こ ろ	被 保 険 者 の 氏 名	健保 太郎			
	代 理 人 の 氏 名	代表取締役社長 曙 一郎			
事業所で証明					

支給額	円
-----	---

被保険者
被扶養者
療養費支給申請書 (第 1 回)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険証の 番号・番 号	3	被保険者が勤 務する(してい た)事業所	名称	曙ブレーキ工業株式会社		
	第 号	123		所在地	埼玉県羽生市東5-4-71		
保 険 者	傷病名	弱視		発病又は負傷 の年月日	2018	5	25
	発病又は 負傷の原因	不詳					
診 療 又 は 手 当 の 内 容	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	羽生眼科クリニック		所在地 及び電 話番号	〒348-8501 埼玉県羽生市東●-▼▼-■	
		氏名	あけぼの 健一			048-561-3575	
診 療 又 は 手 当 の 内 容	診療又は 手当の内容	視力補正のため、眼鏡		入院期間	自	年	月
				至	24	年	6月1日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	診療又は手当を受 けた期間	自	2018	5	25	日	1日間
		至	年	月	日		
診 療 又 は 手 当 に 要 した 費 用 の 額	診療又は手当に 要した費用の額	金 23,625 円也					
	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	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	保険給付外のため					
	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		
被 扶 養 者 に 関 する 申 請 の と き	被扶養者に関する 申請のとき	氏名	健保 花子		生年 月日	2010	3月3日
					被保険者と の続柄	長女	
<個人振込> 振込希望の銀行 又は郵便局名	<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。						
	銀行	ゆうちょ銀行 通帳記号		支店	(普通・当座)		
通帳番号							
上記のとおり申請します。	2018年6月4日						
住所	〒348-8508 埼玉県羽生市東5-8-3						
被保険者の 氏名	健保 太郎						
曙ブレーキ工業健康保険組合 理事長 殿							

委 任 状	私は	曙 一郎	を代理人と定め、次の権限を委任する。
		2018年6月4日	請求した 被保険者 被扶養者 療養費のうち受領に関すること。
被保険者の 住所 氏名	〒348-8501 埼玉県羽生市東5-8-3 健保 太郎		
代理人の 住所 氏名	〒348-8508 埼玉県羽生市東5-4-7 代表取締役社長 ○○ ○○		
事業所で証明			