

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		
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 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	
診 療 又 は 手 当 の 内 容	装具による治療			入院期間	自	年
				至	年	月
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自	2018 年	5 月	25 日	医療用・治療用装具装着日	2018 年
	至	年	月	日	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						
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	氏 名			生年 月日	年	月
					日	被保険者との続柄
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 ☑ 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 。						
振 込 希 望 の 銀 行 又 は 郵 便 局 名	< 個人振込 >			銀行	支店 (普通・当座)
	ゆうちょ銀行 通帳記号			通帳番号		
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				
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					
被 保 険 者 の	住所	〒 348-8501 埼玉県羽生市東5-8-3				
	氏名	健保 太郎				
代 理 人 の	住所	〒 348-8508 埼玉県羽生市東5-4-71				
	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	被 保 險 証 の 号 番 号	3	被 保 險 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	弱視			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	不詳					
者 が	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	
入 入 す る と こ ろ	診 療 又 は 手 当 の 内 容	視力補正のため、眼鏡			入院期間	自 2018年 5月 25日	至 2018年 6月 1日
	診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 2018年 5月 25日	至 2018年 5月 25日	1 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 23,625 円也	
記 入 す る と こ ろ	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	保険給付外のため					
と こ ろ	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	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	健保 花子		生年月日	2010年 3月 3日	
					被保険者との続柄	長女	
と こ ろ	<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。						
	< 個人振込 > 振込希望の銀行又は郵便局名	ゆうちょ銀行 通帳記号			銀行	支店 (普通・当座)	
と こ ろ	上記のとおり申請します。 2018年 6月 4日						
	被保険者の氏名	住所		〒348-8508 埼玉県羽生市東5-8-3			
		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。						
	被保険者の氏名	住所		〒348-8501 埼玉県羽生市東5-8-3 健保 太郎			
代理人の氏名	住所		〒348-8508 埼玉県羽生市東5-4-71 代表取締役社長 ○○ ○○				
事業所で証明							