

支給額	円
-----	---

被保険者
被扶養者 **療養費支給申請書** (第 回)

被 保 険 者 が 入 る と こ ろ	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	
入 る と こ ろ	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 _____			
入 る と こ ろ	診 療 又 は 手 当 の 内 容	氏名			入院期間	自	年	月	日
	診療又は手当を受 けた期間	自	年	月	日	至	年	月	日
入 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 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								
	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				
入 る 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
	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 _____)			
入 る と 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
委 任 状	〒 _____ 被保険者の 住所 氏名
	〒 _____ 代理人の 住所 氏名