

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 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 123 号			所在地	埼玉県羽生市東5-4-71		
保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	傷病名	感冒			発病又は負傷 の年月日	24年 5月 25日	
	発病又は 負傷の原因	咳がひどく、発熱したため受診した。					
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	America Crinic		所在地 及び電 話番号	米国ミシガン州	
		氏名	Dr. Anne				
診 療 又 は 手 当 の 内 容	診療又は 手当の内容	投薬治療			入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日
					医療用・治療用器具装着日	年 月 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年 5月 25日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	\$62.50 円也	
		至 年 月 日					
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 つ た 理 由	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 つ た 理 由						
		海外で受診したため					
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	2010 年 月 日	被保険者との 続柄
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		
上 記 の と お り 申 請 し ま す。	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- 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 險 者	被 保 險 証 の 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		
傷 病 名	弱視	発病又は負傷の年月日	2018年 5月 日			
	発病又は負傷の原因	不詳				
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	America Eye Crinic		所在地及び電話番号	米国ミシガン州	
	氏 名	Dr. John				
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 日 至 年 月 日	医療用・治療用装具装	
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 2018年 5月 25日	至 年 月 日	1 日間	診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用 の 額	金 \$62.50 円也	
診 療 又 は 手 当 が 被 保 險 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	海外で治療したため					
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	健保 花子	生年 月 日	2010 年 3 月 3 日	被 保 險 者 と の 続 柄	長女
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。 2018年 6月 4日					
	住所	〒348-8508 埼玉県羽生市東5-8-3		被 保 險 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 療養費のうち受領に関すること。 被扶養者				
	被 保 險 者 の	住所	〒 348-8501 埼玉県羽生市東5-8-3		氏 名
代 理 人 の	住所	〒 348-8508 埼玉県羽生市東5-4-		氏 名	代表取締役社長 ○○ ○○
事業所で証明					