支給額	円

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 （第　　回）

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号	第　　号	被保険者が勤務する(していた)事業所	名称		
			所在地	〒　　－	
傷病名			発病又は負傷の年月日	年　　月　　日	
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　　－　　－	
	氏名				
診療又は手当の内容		入院期間	自　年　月　日 至　年　月　日		
		医療用・治療用装具装着日	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		
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			
		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	
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。　　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／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

代理人の　〒
住所
氏名