

被保険者
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

(回目)

平成 年 月 日 提出

記入上の注意

2 1

診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを
治療用装具（コルセット、小児弱視眼鏡等）に
また、それ以外の申請のときは、健康保険証の
交付年月日を記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号		事業所の 名 称 と 所 在 地	電話 ()				
		番号							
	社員番号								
	傷 病 名				発病又は負傷の 年 月 日	平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)			
	発病又は 負傷の原因								
	傷病の経過								
	診療を受けた 病院等の名称・住所	名 称				診療に従事した 医師の	氏 名		
		住所							
	診療の内容				診療に要した 費 用 の 額	金			
	診療の期間	自 年 月 日	入院の場合 入院期間			年 月 日 (日間)			
		至 年 月 日	年 月 日 (日間)						
	(記入上の注意 2)	(装着年月日 年 月 日) (保険証交付年月日 年 月 日)							
療養の給付を受け ることかできなかった理由									
第三者の行為によ って負傷したもの であるか否か	ある ・ ない				その事実の届出の有無	ある ・ ない			
				第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)					
申請が被扶養者に 関するときはその者 の	氏 名			生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者 との続柄			
上記のとおり申請いたします。 年 月 日									
〒 住所 被保険者 (申請者) 電話 氏名 印 デル健康保険組合理事長殿									

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	平成 年 月 日
	被保険者 (請求者) 印	※被保険者が記入すると同一印

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。		
	銀 行	本 店	普通 ・ 当座
	信用金庫	支 店	
	支店番号	口 座 番 号	名義人 (フリガナ)

受付日付印