

被保険者
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

(回 目)

2019年 5月 10日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号・番号	記号 1 番号 1234	被保険者氏名 健保 太郎		
	社員番号	123456		事業所の 名 称 デル・テクノロジーズ株式会社	
	申請が被扶養者に関 するときはその者の氏 名	健保 花子		生年月 日 昭和 平成 令和 2 年 4 月 5 日	被保険者 との続柄 妻
	傷 病 名	左上腕骨折		発病又は負傷の 年 月 日	2019年 4月 2日 (負傷の場合は 14 時頃)
	発病又は 負傷の原因	自宅階段でつまづき転倒した。			
	傷病の経過	近くの病院で処置を受ける。			
	診療を受けた 病院等の名称・住 所	名 称 〇〇〇医院	診療に従事し た医師の 氏 名 健康 一郎		
	診療の内容	外科処置		診療に要した 費 用 の 額	28,000 円
	診療の期間	自 2019 年 4 月 2 日 至 2019 年 4 月 2 日	日間	入院の場合 入院期間 年 月 日 (日間)	
	装具装着の指示 を受けた日	2019年 4月 2日			
	装具装着日	2019年 4月 2日			
	第三者の行為によ って負傷したも のであるかどうか	ある ・ ない	その事実の届出の有無 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	ある ・ ない	
上記のとおり申請いたします。 2019 年 5 月 10 日 〒 151-0051 住所 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1-1-1 被保険者 (申請者) 電話 03-1234-5678 氏名 健保 太郎 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。
	2019年 5月 10日 被保険者 健保 太郎 (請求者)

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 信用金庫	本 店 支 店	普通 ・ 当座
	支店番号	口 座 番 号	名義人(フリガナ)

〈添付書類〉

①領収書(原本)

②医師の証明書もしくは装着証明書(原本)

③作製した装具の写真(靴型装具作成時のみ)

※写真の枚数や撮り方については、別途「治療用装具の写真について」をご参照ください。

受付日付印

デル健康保険組合