

蝶理健康保険組合 御中

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 (第 回目)

被 保 険 者 証	記号	〇〇	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名 称	〇〇〇株式会社	電話	000-0000-0000
	番号	〇〇〇〇〇〇		所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市△△町1-1		
傷 病 名	左足骨折			発病又は負傷の年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	自転車に乗っているときに転倒						
傷 病 の 経 過							
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 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	〒		
	氏 名						
診 療 又 は 手 当 の 内 容	入院・手術			入院期間	自 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	至 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	コルセット装着日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	至 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	〇〇 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 〇〇〇〇〇 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、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨							
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	〇〇〇〇 銀行 〇〇 支店 (普通 0000000 当座)						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>〇〇 年〇〇 月〇〇 日</p> <p>〒 000-0000</p> <p>住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1</p> <p>被保険者の 蝶理健康保険組合理事長 殿 氏名 健保太郎 </p>							

(注意事項)

輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。