


同年月日	年	月	日
支給決定伺			
常務理事	事務長	業務課長	係員

支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(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」のほかにこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	〇〇・〇〇	事業所の名称	〇〇〇株式会社
傷病名	右足骨折	傷病又は 負傷の年月日	令和2年2月1日
発病又は 負傷の原因	スキー場で滑走中に転倒し骨折		
傷病の経過	現在、外来通院中		
診療を受けた 医療機関の 名称・所在地及び 医師の氏名	名称	〇〇病院	医師 氏名
	所在地	三重県〇〇市〇〇町	
診療の内容	処置を受けたのち、固定のための 装具を着用した	入院期間	自 令和2年〇月〇日 至 〇年〇月〇日
診療の期間	自 令和2年〇月〇日 至 〇年〇月〇日 〇日間	コルセット装着日	〇年〇月〇日
療養の給付を 受けなかった理由	〇〇〇〇〇〇〇〇のため		
第三者の行為に よって負傷した ものであるか否か	ある	その事実の届出の有無	ある ・ ない
	ない	第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年 月日	昭平 年 月 日 被保険者 との続柄
振込希望の銀行名	銀行	支店(普通 当座)	(名義人)
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日 住所 三重県〇〇市〇〇町</p> <p>被保険者の 氏名 三重太郎 </p> <p>三重県自動車販売健康保険組合理事長 様</p>			

**退職者・任意継続被保険者
の方は必ず記入してください**

受付日付印

委任状

この請求金額の受け取り方を
委任します。

**退職者・任意継続被保険者
以外の方は忘れずに記入
してください**

年 月 日
被保険者氏名印



(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。