

伺	年	月	日	平成	年	月	日	常務理事	事務長		係
支	払	年	月	日	平成	年	月	日			
* 支 払 決 議 書	支払額		拾万 万 千 百 拾 円								
	支給 決定 の 額	法定給付	記入不要								
		付加給付									
		格	得	喪	年	月	日				
		要	備	考							

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 1 回目)
 家族 (立替払等 治療用装具 生血)

◎ ◎記入にあたって、注意事項をよく読んでください。
 ◎ 「*」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者の記号・番号	② 生年月日	③ 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)	ヤマダ タロウ		
	10 — 999	大 昭 平 45 年 5 月 5 日	山田 太郎				
	④ 事業所の 名称	グラクソ・スミスクライン株式会社					
	所在地	渋谷区千駄ヶ谷4-6-15					
	⑤ 被保険者 (申請者) の住所	〒 999 - 9999 (フリガナ) ×××××	(電話番号)				
		〇〇県△△市××99-99	999 (999)-9999				
	⑥ 療養が被扶養者に関 するときは、その者の	⑦ 氏名	該当せず	⑧ 生年 月日	大 昭 平	年 月 日	⑨ 被保険者 との続柄
	⑦ 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		⑧ 発病または負傷年月日	19 年 5 月 3 日		
	⑨ 発病又は 負傷の原因 およびその経 過	(いつ・どこで・どうした)		⑩ 自動車事故等第三者の行為によるものですか?		1. はい 2. いいえ	
		数年前から腰痛があったが、5/3休日に庭で草むしりをした ときに無理な体勢をして痛めた。		⑪ 加害者氏名			
⑪ 診療を受 けた病院等	名称	〇〇〇〇整形外科		医師氏名	〇〇〇〇		
	所在地	〇〇県△△市××99-99					
⑫ 診療の期 間(支給期 間)	自	19 年 5 月 7 日	日数	入院・入院外の別	入院の場合 (入院期間)	自	年 月 日
	至	19 年 5 月 11 日	3 日	1.入院 2.入院外		至	年 月 日 日間
⑬ 診療の 内容	腰椎軟性装具の装着		⑭ 診療に 要した費 用の額	23,381 円		⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	
	装具装着日 19年 5月 8日				治療用装具のため		

⑭ 支払金融 機関	みずほ	銀行	銀座	本店	預金 種別	1. 普通	フリガナ	ヤマダ タロウ				
	口座番号	金庫・農協		支店	2. 当座	金融機関・支店CD	山田 太郎					
			9 9 9 9 9 9 9				0 0 0 1 0 3 5					

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者 住所 (請求者) 氏名		◎
	委任者と代理人との関係 ()		
	代理人の氏 名 と 印	フリガナ	◎
代理人の住 所	郵便番号	フリガナ	

平成 年 月 日 提出
 受付日付印