

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

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 (フリガナ) | ヤマダ タロウ | | |
| | 10 — 999 | 大 45 年 5 月 5 日 昭 平 | (申請者)の 氏名 | 山田 太郎 (印) | | |
| | 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 年 月 日 昭 平 | ⑨ 被保険者 との続柄 |
| | ⑦ 傷病名 | 腰椎椎間板ヘルニア | | ⑩ 発病または負傷年月日 (療養開始日) | 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) 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。 | | 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 | | |
| | 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 | 3 日 | 入院・入院外の別 入院の場合 (入院期間) | |
| | 至 | 19 年 5 月 11 日 | 1. 入院 2. 入院外 | | 自 年 月 日 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 | | (印) |
| | 委任者と代理人との関係 () | | |
| | 代理人の氏 名と印 | フリガナ | (印) |
| 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