

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
資格取得	日 月 日		
資格喪失	日 月 日		
支払年月日	日 月 日		

**被保険者
被扶養者療養費支給申請書** (第 回目)

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者が勤務する (していた)事業所の 所在地	名称			
				〒			
傷病名				発病又は負傷の年月日	年 月 日		
発病又は負傷の原因							
傷病の経過							
診療又は手当てを受けた医療機関の名称所在地	名称				所在地	〒	
診療又は手当ての内容				入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
診療又は手当てを受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	領収証の金額	円			
療養の給付を受けることが出来なかった理由	※申請理由(該当番号に○してください。) 1. 治療用装具(装具装着日 年 月 日) 2. 小児弱視等の治療用眼鏡 3. 弾性ストッキング 4. はり・きゅう・あんま・マッサージ 5. 立替払(□にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 手続中で保険証が手元になかったため <input type="checkbox"/> 前健保の保険証を誤って使用したため <input type="checkbox"/> 保険証を持たずに受診したため(理由) <input type="checkbox"/> その他(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(退職者のみ)	銀行 支店 (普通当座)						
上記のとおり申請します。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 年 月 日 〒 住所 被保険者の 氏名 印 東プレ健康保険組合理事長 殿							