

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

ダイフク健康保険組合 殿

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	12 - 345678	事業所名	〇〇〇〇〇		
傷病名	じん帯損傷		発病または 負傷の年月日	平成 ××年××月××日	
発病または 負傷の原因 とその経過	休日にサッカーをしていてじん帯を損傷し、ギブスを装着した				
診療または 手当を受けた 医療機関	名称	〇〇××病院		所在地	〇〇県〇〇市△△町1
	医師の 氏名	〇〇 △△			電話 (000) 0000
診療または 手当の内容	入院・手術		コルセット 装着日	平成 ××年 ××月 ××日	
診療または 手当を受けた 期間	自 平成 ××年××月××日 至 平成 ××年××月××日		10日間	診療または 手当に要した 費用の額	00,000 円
第三者行為に よる負傷であ るとき	届出の 有無	有 無	加害者の氏名		
			加害者の住所		
家族（被扶養 者）に関する 申請のとき	氏名	生年 月日	昭・平成 年 月 日	被保険者 との続柄	
振込希望銀行 (被保険者、または受取代 理人名義のものを記入)	〇×銀行 △△支店 普通・口座番号 123456 口座名義 (か) ケンポタロウ				
上記のとおり申請します。 平成××年××月××日 被保険者（申請者）の住所 〇〇県〇〇市△△町1-2-3 氏名 健保 太郎					

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を 代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者 との関係
	平成 年 月 日		
	被保険者（申請者） 住所 氏名	代理人の住所・電話番号	電話 ()

(注意事項)

輸血およびコルセット等、治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」と「領収書」を添付して下さい。