

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	—		事業所名				
傷病名				発病または 負傷の年月日	年 月 日		
発病または 負傷の原因 とその経過							
診療または 手当を受けた 医療機関	名称			所在地	電話 ()		
	医師の 氏名						
診療または 手当の内容				コルセット 装着日	年 月 日		
診療または 手当を受けた 期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日間	診療または 手当に要した 費用の額	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	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)	銀行 支店 普通・口座番号 口座名義 (か)						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者（申請者）の住所</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>							

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
	年 月 日	(印)	
	被保険者（申請者） 住所	代理人の住所・電話番号	
	氏名	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。