

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 回数)

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|------|-----------------|---------|----------|-----|--------------|---|----|-------------------------|---|
| 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 | 平成 | 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 | 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 | 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 | 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) | 銀行 | | 支店 | 普通・口座番号 | 口座名義 (か) | | | | | | |
| 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 氏名 | | | | | | | | | | | |

印

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 | 代理人の住所・電話番号 | |
| | 氏名 | 電話 () | |

印

印

(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。