

日清製粉健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

下記の通り申請致します。 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。

被保険者の住所

氏 名 印

昭和・平成 年 月 日生

支 給 額				支 給 決 議 書				決定	令和 年 月 日
				常務理事	事務長		給付	支出	
									支払 令和 年 月 日
支給 期間	平・令 年 月 日	日間	資格取得	平成・令和 年 月 日					
	平・令 年 月 日		資格喪失	令和 年 月 日					

療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	記号 番号	事業所の名称	
傷 病 名		発病又は負傷 の年月日	平成・令和 年 月 日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因			
傷 病 の 経 過			
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 師 の 住 所 及 び 氏 名			
診 療 又 は 手 当 の 内 容			
診 療 又 は 手 当 の 期 間	自 平・令 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額
	至 平・令 年 月 日		
療 養 の 給 付 を 受 け る 事 が 出 来 な っ た 理 由			
傷 病 が 第 三 者 の 行 為 に 依 る も の で あ る と き は そ の 事 実 と 第 三 者 の 住 所 氏 名			
申 請 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き は そ の 氏 名		生年月日	続柄