

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)						
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 被保険者（申請者）の住所 氏名 </div>											

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	被保険者との関係
	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 ()	

(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。