

# 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<br>記号・番号   | 11 - 123456                         |                              | 事業所名            | 株式会社〇〇〇〇                |                 |  |
| 傷病名   | じん帯損傷                               |                              | 発病または<br>負傷の年月日 | XX年XX月XX日               |                 |  |
| 発病または<br>負傷の原因<br>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<br>手当を受けた<br>医療機関   | 名称                                  | 〇〇××病院                       |                 | 所在地                     | 〇〇県〇〇市△△町1      |  |
|   | 医師の<br>氏名                           | 〇〇 △△△                       |                 |                         | 電話 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 |  |
| 診療または<br>手当の内容  | 入院・手術                               |                              | コルセット<br>装着日    | XX年XX月XX日               |                 |  |
| 診療または<br>手当を受けた<br>期間   | 自<br>至                              | XX年XX月XX日<br>XX年XX月XX日 10 日間 |                 | 診療または<br>手当に要した<br>費用の額 | 00,000 円        |  |
| 第三者行為に<br>よる負傷であ<br>るとき   | 届出の<br>有無                           | 有 無                          |                 | 加害者の氏名                  |                 |  |
|   |                                     |                              |                 | 加害者の住所                  |                 |  |
| 家族（被扶養<br>者）に関する<br>申請のとき                                       | 氏名                                  | 生年<br>月日                     | 年 月 日           | 被保険者<br>との続柄            |                 |  |
| 振込希望銀行<br>(被保険者、または受取代<br>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) |                              |                 |                         |                 |  |
| 上記のとおり申請します。<br>XX年XX月XX日<br>被保険者（申請者）の住所 〇〇県〇〇市△△町1<br>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<br>代理人に委任します。 | 代理人の氏名      | 被保険者<br>との関係 |
|         | 年 月 日                              |             |              |
|         | 被保険者（申請者）<br>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。