

支給・支払決議書	同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	決裁年月日	平成 年 月 日			
	支払年月日	平成 年 月 日			
支給額 ¥	資格取得日	年 月 日	前	始	平成 年 月 日
	資格喪失日	年 月 日	回	終	平成 年 月 日
請求額	一部負担金	支給決定額	療養開始	平成 年 月 日	
			療養終了	平成 年 月 日	日間

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

(第 1 回目)

記入上の注意

イ、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、⑦⑧⑨⑩⑪は、そのように読み替えて記入して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者の 記号と番号	〇〇 — 〇〇〇	②事業所の 名称と所在地	株式会社ジャックス 東京都渋谷区恵比寿4-1-18		
	③傷病名	〇〇〇〇靱帯損傷		④発病又は負傷 の年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日 (負傷の場合は 〇〇時頃)	
	⑤発病又は 負傷の原因	学校での体育の授業中				
	⑥傷病の経過	現在通院中				
	⑦診療を受けた 病医院の	名 称	〇〇病院	所在地	東京都渋谷区恵比寿 〇-〇-〇	
	⑧診療に従事 した医師の	氏 名	〇〇 〇〇	住 所	同上	
	⑨診療の内容	リハビリ				
	⑩診療の期間	自 平成 〇〇年 〇月 〇日	至 平成 〇〇年 〇月 〇日	〇日間	⑪診療に要し た費用の額	金 25,000円也
	⑫療養の給付を 受けることが できなかった 理由	治療用装具装着のため				
	⑬第三者の行為 によって負傷 したものであ るか否か	あ る ・ な い	⑭第三者の行為 によって負傷 したときは	その事実の届出の有無	あ る ・ な い	
	⑮申請が被扶養 者に関するときはその者の	氏 名	健保 小太郎	生年 月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 平成	被保険者 との続柄 長男
	上記のとおり申請いたします。 平成 〇〇年 〇月 〇日 住所 東京都渋谷区恵比寿4-1-〇〇 被保険者の 氏 名 健保 太郎 ジャックス健康保険組合 理事長 殿					
振 込 銀 行	〇〇 銀行 本店 信用金庫 〇〇支店		受付日付印			
種目・番号	普通・当座	口座番号	0:0:0:0:0:0:0			
フリガナ	ケンホウ タロウ					
口座の 名義人	健保 太郎					

[正確に「フリガナ」をふって下さい。]

