

支給決定日	年 月 日	支給日 年 月 日	常務理事	事務長	係
支給済	年 月 日まで	支給決定額			
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	円			

被 保 険 者
被 扶 養 者
療 養 費 支 給 申 請 書

七十七銀行健康保険組合理事長 殿				年 月 日	
住所					
被 保 険 者					
氏 名					
下記の通り申請いたします。				生年月日 年 月 日	
被保険者等記号・番号		一		事業所名	
傷 病 名				発病又は負傷の年月日 年 月 日	
診療の経過並びに内容					
診 療 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日		診療に要した費用の金額 円	
診療を受けた医師又は 歯科医師の住所、氏名		住所 氏 名			
療養の給付を受けること の出来なかった事由 (詳 細)					
傷病が第三者の行為に よる時はその事実と 第三者の住所、氏名					
申請が被扶養者に関する 時はその者の氏名				被扶養者 生年月日 年 月 日	

(注) 被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記欄に記載して下さい。

個人番号 (マイナンバー)					-						-				
------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

(様式 12)

データ登録	係	照 合