

支給決定 備考	常務理事	事務長	係	支給金額	円
	支給期間		年 月 日から	年 月 日まで	日間

受付日付印

被保険者療養費支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号及び番号	—	事業所の名称		
	傷病名		発病又は負傷の年月日	年 月 日	
	発病又は負傷の原因及び経過		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	
	被扶養者の場合はその者の氏名		被保険者との続柄	生年月日 年 月 日	
	療養の給付をうけることが出来なかった理由				
	病院等で療養を受けた期間	年 月 日	日間	受けた療養に対し病院で支払った額	円
	医療機関名称				
	医療機関所在地				
	診療した医師氏名				
	診療の内容				
上記によって申請します。					
年 月 日		被保険者の住所 〒			
		電話			
		氏名 (印)			
TOYO TIRE健康保険組合 殿		従業員No.			
委任状					
上記の療養費の受領を 事業主 に委任します。					
年 月 日		被保険者氏名 (印)			

・ コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医師の証明書」及び「実費についての領収証書及び明細」を添付してください。

療養費は事業所経由で給与と合わせて支給されますので、委任状欄へご記入ください。
 保険証の記号が「88」の任意継続の方は、ご記入不要です。

被保険者被扶養者に関する事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日	事業主の 住所氏名 所稱印	(印)
--------------------	------------------------------	---------------------	-----