

支給決定 備考	常務理事	事務長	係	支給金額	円
	支給期間	原因については詳しく記入してください。 例)脚立からおちて骨折した・日曜大工中にぎっくり腰になった等			日
	備考	日から	年	月	日まで

受付日付印

見本 被保険者療養費支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号及び番号	11 - 12345	事業所の名称	〇〇工場	
	傷病名	多発性骨髄腫	発病又は負傷の年月日	2020年 10月 1日	
	発病又は負傷の原因及び経過	上記傷病により経過観察中		第三者の行為によるものですか	
	被扶養者の場合はその者の氏名	健保 花子	被保険者の続柄	妻	生年月日
	療養の給付を受けることが出来なかった理由	装具作成のため			
	病院等で療養を受けた期間	2020年 10月 1日 2020年 10月 25日	25 日間	受けた療養に対し病院で支払った額	75,000円
	医療機関名称	〇〇〇〇病院			
	医療機関所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇			
	診療した医師氏名	〇〇 〇〇			
	診療の内容	多発性骨髄腫のため下肢装具装着			
上記によって申請します。					
2020年 11月 20日		被保険者の住所 〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇			
		電話 (000)-0000-0000			
		氏名 健保 太郎			
TOYO TIRE健康保険組合 殿		従業員No. 〇〇〇〇			
委任状					
上記の療養費の受領を 事業主 に委任します。					
2020年 11月 20日		被保険者氏名 健保 太郎			

・ 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 氏名 印	(印)
--------------------	------------------------------	-----------------------------	-----