

支給額	円
-----	---

支給支払決議書			

被保険者
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の 番号	名称	電話番号				
	番号		所在地					
傷 病 名								
発病又は 負傷の原因								
傷病の経過								
診療を受けた 病院等	名 称	別紙の通り		所在地 及び電 話番号	〒			
	医師氏名	別紙の通り						
診 療 又 は 手 当 の 内 容	入院期間			自	年	月	日	
	コルセット装着日			至	年	月	日	
診療又は手当 を受けた期間	自	年	月	日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也
	至	年	月	日				
療養の給付を 受けることが できなかった理由 (詳細に)	海外療養のため							
第三者の行為 による負傷であ るとき	その事実と 届出の 有無	加害者の氏名						
		加害者の住所						
被扶養者に関 する申請のとき	氏 名	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	続柄
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 被保険者の 氏名 (自書)</p> <p style="text-align: right;">立教学院健康保険組合理事長 殿</p>								

(注意事
項)

輸この
血及
び申
請書
には
所定
の診
療内
容明
細書
・現
地の
領収
書と
きほ
は、
「医
師の
証
明書
」の
ほ
か、
こ
れに
要
した
費
用
の
「領
収書
」を
添
付
し
て
く
だ
さ
い。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
	年 月 日						
	被 保 険 者 (申 請 者) の		住 所 氏 名	Ⓧ			
	代 理 人 の		住 所 氏 名 (フリガナ)	Ⓧ			
振込先	銀行		支店	普通 当座	口座番号		