

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		所在地 及び電 話番号	〒					
	医師氏名								
診療又は 手当の内容	入院期間		自	年	月	日			
			至	年	月	日			
	コルセット装着日		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			
	至	年	月	日		金 円也			
療養の給付を 受けられなかった理由 (詳細に)									
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	大・昭 平・令	年	月	日	続柄	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">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: center;">立教学院健康保険組合理事長 殿</p>									

(注意事
項) この申請書には診療内容明細書等を添付してください。申請のときは、「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		