

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	12	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の 所在地	名称	立教大学	電話番号	1234-5678			
	番号	3456		所在地	東京都豊島区西池袋3-34-1					
傷病名	右側内側副靭帯損傷									
発病又は 負傷の原因	スキー場で滑走中に転倒した									
傷病の経過										
診療を受けた 病院等	名称	立教整形外科			所在地 及び電 話番号	東京都豊島区西池袋1-2-3				
	医師氏名	健保花子								
診療又は 手当の内容	検査等			入院期間	自	年	月	日		
				至	年	月	日			
				コルセット装着日	2年	3月	1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	5,280円也		
至	年	月	日							
療養の給付を 受けなかった理由 (詳細に)	医療機関でない業者に装具製作を依頼したため									
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	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	立教一美		生年月日	大・昭 平・令	10年	5月	5日	続柄	長女
上記のとおり申請します。 2年 4月 2日 住所 埼玉県新座市北野1-2-25 被保険者の 氏名 立教 太郎 (自書) 立教学院健康保険組合理事長 殿										

(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。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 被保険者住所 (申請者)の氏名 代理人住所 (フリガナ)の氏名									
振込先	銀行	支店	普通 当座	口座番号						