

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	急性気管支炎															
発病又は 負傷の原因	高熱のため受診															
傷病の経過																
診療を受けた 病院等	名称	〇〇病院		所在地 及び電 話番号	東京都豊島区西池袋3-2-1											
	医師氏名	健保花子														
診療又は 手当の内容	診察と薬の処方			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	2年	4月	2日	1日	診療又は手当に 要した費用の額	金	6,200	円也							
療養の給付を 受けられなかった理由 (詳細に)	入職したばかりで、まだ保険証の交付を受けていたなかったため															
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			生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	続柄							
上記のとおり申請します。																
2年 4月 20日																
住所 埼玉県新座市北野1-2-25																
被保険者の 氏名 (自書) 立教 太郎																
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 (申請者)の		住所				
	氏名		住所				
	代理人の		(フリガナ)				
	氏名						
振込先	銀行	支店	普通 当座	口座番号			