支給支払決議書				
	常務理事			担当者
資格取得	年　月　日			
資格喪失	年　月　日			
支払年月日	年　月　日			

算出の基礎	
支給額	円
支給期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間

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) (番号)	事業所の	名称	
			所在地	
傷病名		発病又は負傷の年月日	年　月　日	
発病又は負傷の原因				
傷病の経過				
診療又は手当てを受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称		所在地	
	氏名		電話番号	電話　（　　）
診療又は手当の内容		入院期間	自　年　月　日 至　年　月　日	
		領収書の日付	年　月　日	
診療又は手当を受けた期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間	診療又は手当に要した費用の額	金　円也	
被扶養者に関する申請の時	氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	続柄
資格喪失者の場合の振込先	銀行　支店　普通・当座　NO.			

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者の　住所
氏名

マルハニチロ健康保険組合理事長殿

※ 輸血及びコルセット等の治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」と費用の「領収書」を添付してください。