

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

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		

被保険者 療養費支給申請書 被扶養者

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、右上角に記載してください。

(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		電話 ()	
	氏名	電話番号			
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	
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.				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 被保険者の 氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">マルハニチロ健康保険組合理事長殿</p>					

※ 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。