

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

保険証を使用しなかった時

(全額立替) (第 回目)

被保険者証の 記号・番号	(記号) 1 (番号) 100001	事業所の 名称	マルハニチロ株式会社	
		所在地	東京都江東区豊洲3-2-20	
傷病名	感冒		発病又は負傷 の年月日	令和 1年 5月 25日
発病又は 負傷の原因	咳が酷く、発熱したため、受診した。			
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	〇〇〇〇病院	所在地	東京都江東区〇〇〇〇〇
	氏名	保険五郎	電話番号	電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
診療又は 手当の内容	点滴を受け、薬を処方された。		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 令和 1年 5月 25日 至 令和 1年 5月 25日	1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 5,300円也
被扶養者に関 する申請の時	氏名	健 保 花 子	生年 月日	昭和 51年4月3日 平成 令和
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 1年 5月 27日</p> <p>住所 東京都江東区〇〇〇〇〇</p> <p>被保険者の 氏名 健 保 太 郎 (印)</p> <p>マルハニチロ健康保険組合理事長殿</p>				

領収書添付

※ 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。