

支給支払決議書

常務理事	事務長	事務課長	担当



支給額	円
-----	---

支給期間	年 月 日 日間
	年 月 日

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支給年月日	必ず記入捺印して下さい

どちらかに○をつけてください。

被保険者 療養費支給申請書 (療養費 被扶養者 補装具)

事業所C	事務担当

大日本印刷健康保険組合御中

社員番号 123456

住所 東京都江東区辰巳2-9-6

下記の通り申請いたします

被保険者

氏名 健康 太郎



必ず捺印して下さい

被保険者証	記号	XX	所属	会社名	DNP XXXXX	
	番号	9999		第2工場	部	XXXXX
傷病名	右足首骨折		発病又は負傷の年月日	XX年3月121日		
傷病又は負傷の原因を詳しく	バイクを運転していてガードレールに接触し転倒した。					
傷病の経過	山本外科にて入院、X月X日手術を行う。X月▲日退院。現在通院治療中。					
診療を受けた医療機関	名称	山本外科		診療担当医師氏名	山本 医師男	
	所在地	東京都三鷹市春日町2-1		入院・外来の別	入院・外来	
診療の内容	右足首をギプスで固定した。					
診療の給付を受けた期間	XX年3月20日 日間		診療に要した金額	12,230 円		
保険証でかかることが出来なかった理由	装具類(ギプス)は立替払いで後日、健保に請求する制度のため					
第三者行為による発病又は負傷の時はその事実及び第三者の住所氏名電話番号						
治療を受けた者	氏名	健康 次郎		生年月日	XX年5月12日	続柄 次男

必ず捺印して下さい

委任状	私は事業主を代理人と定めこの療養費の受領を委任します。					
	XX年4月15日	被保険者氏名	健康 太郎			
		代理人職氏名	株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎			

領収書	金 円也 領収いたしました。					
	年 月 日	事業主の捺印をもらって下さい	株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎			

【注意】

年 月 日 提出

- この申請書には料金の領収明細書を必ず添付して下さい。
- コルセット、ギプス等装具の申請の時には医師の証明書を添付して下さい。
- 診療費を自費で支払った時は診療報酬明細書を添付して下さい。
- 小児弱児等の治療用メガネの申請ができるのは、「9歳未満の小児」にかぎられます。

入力番号	点検者