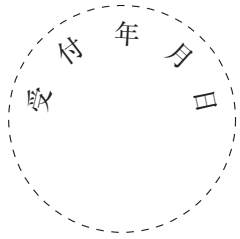


支給支払決議書

常務理事	事務長	事務課長	担当



支給額	円
-----	---

支給期間	年 月 日
	年 月 日 日間

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支給年月日	年 月 日

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

住所

下記の通り申請いたします

被保険者

氏名

印

被保険者証	記号	所属	会社名		
	番号		部	課	
傷病名	発病又は負傷の年月日		年	月	日
傷病又は負傷の原因を詳しく					
傷病の経過					
診療を受けた医療機関	名称	診療担当医師氏名			
	所在地	入院・外来の別	入院・外来		
診療の内容					
診療の給付を受けた期間	年 月 日	日間	診療に要した金額	円	
保険証でかかることが出来なかった理由					
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	生年月日	年 月 日	続柄	

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。				
	年 月 日	被保険者氏名			印
		代理人職氏名			印

領収書	金 , 円也 領収いたしました。				
	年 月 日	代理人職氏名			印

【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