

|                |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|----------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 決 裁 年 月 日      | 平成 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 支 給 額          | 総支給      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
|                | 法定       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
|                | 付加       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 組合処理欄<br>保険者決定 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 自己負担額          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

|               |     |    |     |
|---------------|-----|----|-----|
| 支 給 支 払 決 議 書 |     |    |     |
| 常務理事          | 事務長 | 会計 | 扱 者 |
|               |     |    |     |

|       |       |
|-------|-------|
| 資格取得  | 年 月 日 |
| 資格喪失  | 年 月 日 |
| 療養の期間 | 年 月 日 |

外来  
入院

被保険者  
家族

### 療 養 費 支 給 申 請 書

(第 回 目)

|   |          |  |                        |                        |             |
|---|----------|--|------------------------|------------------------|-------------|
| 被 保 険 者 証 の<br>記 号 ・ 番 号                        | 第 号      | 事 業 所 の 名 称<br>と 所 在 地                   |                        |                        |             |
| 傷 病 名   |          |  | 発 病 又 は 負 傷<br>の 年 月 日 | 平成 年 月 日               | (負傷の場合は 時頃) |
| 発病または負傷の原因                                      |          |  |                        |                        |             |
| 傷 病 の 経 過                                       |          |  |                        |                        |             |
| 診 療 を 受 け た 病 院 の                               | 名称       |  |                        | 医師名                    |             |
|   | 住所       |  |                        |                        |             |
| 診 療 又 は 手 当 の 内 容                               |          |  |                        |                        |             |
| 診 療 又 は 手 当<br>を 受 け た 期 間                      | 自 至      | 年 月 日                                    | 日 間                    | 診 療 に 要 し<br>た 費 用 の 額 | 金 円         |
| コ ル セ ッ ト 作 成 日                                 | 平成 年 月 日 |  |                        |                        |             |
| 療 養 の 給 付 を う け る こ<br>と が で き な か っ た 理 由      |          |  |                        |                        |             |
| 第 三 者 行 為 に よ<br>っ て 負 傷 し た も<br>の で あ る か 否 か | ある       | 第 三 者 行 為 に よ る 負 傷<br>の 場 合 の 届 出 の 有 無 | ある                     | 加 害 者 の 氏 名            |             |
|   | ない       |  | ない                     | 加 害 者 の 住 所            |             |
| 被 扶 養 者 に 関<br>す る 申 請 の と き                    | 氏 名      | 生 年 昭 和                                  | 年 月 日                  | 被 保 険 者<br>と の 続 柄     |             |
| 上 記 の と お り 申 請 し ま す。                          |          | 平成 年 月 日                                 |                        |                        |             |
|   |          | 被 保 険 者                                  | 住 所                    | 氏 名 (印)                |             |

|       |       |   |             |
|-------|-------|---|-------------|
| 委 任 状 | 私 は 金 | を 代 理 人 と 定 め、平成 年 月 日 に 請 求 し た 療 養 費 (家 族 療 養 費) 及 び 同 付 加 金、<br>円 也 を 受 領 方 に 委 任 し ま す。 | 平成 年 月 日    |
|       |       | 被 保 険 者   | 住 所 氏 名 (印) |
|       |       | 代 理 人   | 住 所 氏 名 (印) |

受 付 日 付 印

〔注意事項〕

「実費についての領収書」の原本、「装具現物の写真」を添付してください。  
「コルセット、ギブス、義肢等に関する申請のときは、「装着が傷病のため必要と認められる医療担当者の証明書」、