

同年月日	決裁年月日	支給決定決議書						
		常務理事	事務長	担当者	担当者			
支給額	円							
支給期間	自	年	月	日	取得年月日	年	月	日
				日間	喪失年月日	年	月	日
	至	年	月	日	支払年月日	年	月	日

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回日)  
家 族

被保険者 記号・番号	—	被保険者(申請者)の 氏名・押印	フリガナ	
被保険者(申請者) 住所	〒 — 〇			
療養が被扶養者に関 するときは、その方の 氏名等	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日	続柄
	フリガナ		昭和 平成 年 月 日 令和	
傷病名			発病又は負傷年月日(療養開始日)	
			年 月 日	
発病又は負傷の原因及び経過				
診療を受けた 病院等	名称	所在地	診療した医師の氏名	
診療又は手当 の内容			入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日
			コルセット装着日	年 月 日
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 (コルセット代金等)	金 円
療養の給付を受ける ことができなかった理 由 (該当番号に○を記 入ください)	1. 加入して間がなく、マイナ保険証(資格確認書)を使用できなかったため			
	2. 他の保険者の健康保険を使用したため			
	3. 治療用装具を装着したため			
	4. 緊急に受診し、マイナ保険証(資格確認書)を提示できなかったため			
	5. その他[ ]			
振込希望の銀行・郵 便局名等	銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店 出張所	口座 番号	普通
第三者の行為による 負傷であるとき	加害者の氏名		万代健 保への 左記届 出状況	届出済・届出未
	加害者の住所			届出未の場合は「第三者行為 による負傷届」の提出をお願い します
備考				

(注意事項)

- ・ 診療に要した「領収書」を必ず添付してください
- ・ コルセットを装着したときは医師の意見書、装着証明書を添付してください
- ・ 振込希望の銀行先の口座番号・口座名義のわかるページ(通帳の1枚めくった見開き)のコピーと一緒に送ってください