

本件支給決定してよろしいか

常務理事	事務長	担当者	担当者	支給決定額	百万	十万	万	千	百	拾	円
				計算式							
資格関係	年 月 日取得	資格照合									
	年 月 日喪失										
円 × / 10 =											円

健康保険 療養費支給申請書 (立替払)

被保険者証の記号番号	記号		番号					所属名			
被保険者(請求者)	〒 _____ TEL _____										
の住所・電話番号	〒 _____										
氏名	氏名 _____										
傷病名		発病または負傷の年月日	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					所在地						
診療に従事した医師の氏名	氏名 _____										
診療内容											
診療の期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日間	診療に要した費用の額	円
療養の給付を受けることができなかった理由											
第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無				ある ・ ない						
	第三者の氏名と住所 (不明の時はその旨)										
申請者が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	S・H・R	年	月	日生	被保険者の続柄			
委任欄	この申請に基づく給付金の受領について、事業主経由にて私が受領することに同意するとともに、給付金情報をタカラスタンダード健康保険組合が事業主に提供することに同意します。(退職者は記入不要)										
	年 月 日 被保険者氏名 _____										

《添付書類》

- 「診療報酬明細書 (レセプト)」 および「領収明細書」

※退職後の請求の場合は、銀行口座を記入してください。

振込を希望する銀行名	銀行 信用金庫	支店	口座番号						
※銀行口座確認のため通帳の写しを添付してください。									