

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	十万	万	千	百	拾	円
				(計算式)						
資格 関係	年 月 日取得		資格 照合	円× / 10 = 円						
	年 月 日喪失									

## 健康保険 療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	記号	番号	所属名	
被保険者(請求者) の住所・電話番号 氏名	〒 _____		TEL (_____) _____	
傷病名			発病又は 負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
発病又は 負傷の原因				
傷病の経過				
診療を受けた 病院の名称	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 不明のときはその旨)			
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	昭和・平成・令和 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》

1. 「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下さい。									