

同年月日 年 月 日				支払年月日 年 月 日				支給金額			
常務理事	事務長	担当	担当	資格取得年	年	月	日	法定給付			
				請求金額			円	付加給付			
				査定金額			円	支給計			

被保険者 療養費(法定・付加)支給申請書

療養費の申請にあたっては、領収書および領収明細書を添付し、つぎの書類も添付してください。
1 コルセット・ギブス・義肢等に関する申請 「保険医の証明書」(靴型装具の場合は当該装具の写真)
2 治療用眼鏡・コンタクトレンズに関する申請 「医師の作成指示書」(患者の)検査結果」
3 輸血(生血)の血液代・移植臓器の移送費に関する申請 「輸血証明書」「医師の意見書」の写し

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	1001-12345	被保険者の所属・氏名	人事部 人事課/主任 富士太郎		
	被保険者の現住所	〒160-8316 東京都新宿区西新宿1-7-2			電話	03-3347-2076
	事業所の名称	株式会社SUBARU				
	傷病名	左足骨折	傷病名コード	発病または負傷の年月日	令和2年1月1日	
	発病または負傷の原因	階段より転倒し、負傷		傷病の経過		
	診療を受けた病・医院の名称	富士総合病院		医師の名	健保二郎	
		所在地 東京都新宿区西新宿172				
	診療の時間	自 令和2年1月1日	至 令和2年1月3日	3日間	診療費	17,860円
	保険医の療養を受けられなかった理由	装具代のため				
	第三者行為による負傷であるとき	その事実の届出の有無	有・無	第三者(加害者)氏名		

申請が被扶養者に関する時	氏名	富士花子	生年月日	昭平令50年1月1日	続柄	妻
--------------	----	------	------	------------	----	---

受取代理	請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和2年4月1日			
	受取代理人	被保険者(請求者)署名(自筆)	富士太郎		
	代理人の住所	(〒 -) (ゴム印使用)			
	代理人の氏名	勤務先の会社が記入するところ			

※(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振込口座	金融機関	銀行名	銀行・信金	店・本店
	(ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可)	銀行番号	記入してください(任意継続の方は記入不要です)	支店・出張所
預金種別	1:普通 2:当座	口座番号	※ゆうちょ、ネット銀行は取り扱いしておりません	口座名義

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。