

支出 支給	決 議 書				金額	円			
常務理事	事務長	総務課長	課長補佐	係員	期間	年	月	日	日間
					備考				
年 月 日 決裁					年 月 日 執行				

健康保険 被保険者 療養費 療養付加金 支給申請書 (コルセット用)

①	被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤ 被扶養者 番号	⑥ 給付記録 番号	⑦ 受 取 代理人	⑧ 受付年月日			
	②	③		年	月	日	*	*	* 0: 無 1: 有	*	年	月	日
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑨ 被保険者の (申請者) 氏 名		(フリガナ)		事業所の ⑦ 名 称								
					① 所在地								
	⑩ 被保険者の (申請者) 住 所		⑩ 郵便番号		(フリガナ)		(電話番号)						
					⑪ 住所コード		()						
			⑨ 氏名		⑪ 生年 月 日		⑫ 被保険者 との続柄						
					年 月 日生								
	⑫ 傷病コード		*		⑬ 傷病名		⑭ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)						
	⑬ カ ナ		*						年 月 日				
	⑮ 発病又は負傷の原 因及びその経過								⑯ 第三者行為によるものですか。 0: いいえ 1: はい				
	診療を受けた 病院等		⑫ 名 称		⑭ 診療した医師氏名								
		⑬ 所在地											
⑯ 診 療 の 期 間 (支給期間)		自 年 月 日		⑮ 日 数		⑯ 入院・入 院外の別		⑰ 入院の場合左記の入院期間		⑱ 診療に要した費用の額			
		至 年 月 日		日		0: 入院外 1: 入 院		自 年 月 日		至 年 月 日 日間		円	
⑲ 診 療 の 内 容				⑲ 療養の給付を受けることが できなかった理由									

※	1. 立替払い等	⑯ 療養の原因 (コード)		⑲ 施術回数		回					
	2. 治療用装具	⑯ 治療用装具 (コード)		⑲ 支給種別		1 初回支給 2 補 修 3 再 支給					
	3. 生 血	⑯ 輸 血 回 数				回					
⑳ 支払回数		㉑ 支 給 算 出 額		㉒ 調整減額 コード		㉓ 調 査 先 コード		㉔ 海外表示		㉕ 特別支給 コード (備考)	
		円						0. 国 内 1. 海 外			

支払方法	⑳ 支 払 金 融 機 関 の 欄	㉑ 支 払 区 分	㉒ 金融機関 (ゆうちょ銀行を含む)	㉓ 金融機関 コード	支店コード	㉔ 預金種別	①	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
口座振込			㉕ ※口座番号 (右づめで記入)						(フリガナ)
									口座名義

受 取 代 理 人 の 欄	② 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
	年 月 日									
	被保険者 住 所 (申請者) 氏 名									
	① 代理人の 氏 名					② 委任者と代理人との関係				
代理人 の住所		㉑ 郵便番号		+		(フリガナ)				送 信

年 月 日 提出
受付日付印

◎ 「※」印欄は記入しないでください。
◎ コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけてください。