

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 間

支給支払決議書			
常務理事	事務長		扱 者
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被保険者 療養費支給申請書 (第 回日)
被扶養者

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 被記号・番号	1 第 5670 号		被保険者が 被扶養者(してい た)事業所の 名称	東京計器(株) 電話 3732 局 2111 番 所在地 144-8551 大田区南蒲田2-16-46	
傷病名	歯痛		発病又は負傷 の年月日	年 月 日	
発病又は負傷 の原因	歯ぐき化膿 折損治療				
傷病の経過					
診療又は手当て を受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称	Goloman clinic		所在地及び 電話番号	8998 Reseda B10k #263 North ride CA1982 USA
診療又は手当て の内容	氏名	BAK jons		入院期間 コルセット装着日	自 年 月 日 至 年 月 日
診察又は手術 を受けた期間	自 平成18 年 9 月 14 日 至	年 月 日	1 日間	診療又は手当てに 要した費用の額	金 us\$ 1.424- 円也
診療又は手当てが 被保険者の選定に 係るその病室の 提供その他厚生 労働大臣が定め る療養を含むと きはその旨					
療養の給付又は特 定療養費もしくは 家族療養費を支 給を受けることが できなかった理由					
第三者の行為によ る負傷であるとき	その事実 の有無	無し		加害者の氏名	
				加害者の住所	
被扶養者に関 する申請のとき	氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄
上記のとおり申請します。なお、この書面に記載する個人情報を健保組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者提供することに同意いたします。 平成18年 9月 14日 被保険者の住所 18628 Vintage St. North ride Cal. USA 健康保険組合理事長 殿 大川和也 (大川印)					

(注) この申請書には診断内容明細書を添付してください。

委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 円也の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名	(印)
		(印)

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名	(印)
-----	--	-----