

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	<input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 家族療養費	円
				<input type="checkbox"/> 一部負担還元金 <input type="checkbox"/> 家族療養付加金	円
資格取得	昭和・平成 年 月 日		支給	平成 年 月 日	日間
資格喪失	平成 年 月 日		期間	平成 年 月 日	
計算式					

上記は記入しないでください。

被保険者

療養費支給申請書

被扶養者

平成 **XX** 年 **10** 月 **10** 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 1010	請求者の 氏名と印 宮崎 秀行	印
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した療養費の受領に関し、事業主に委任します。		
	被保険者の住所	〒 2 3 5 - 0 0 4 5 横浜市磯子区洋光台 1-1-1		
	会社名および所属	日本無線株式会社		総務 部 総務グループ 課
	申請が被扶養者 に関するとき	被扶養者氏名	生 年 月 日	続 柄
	傷 病 名	アキレス腱断裂		発病または負傷日 平成 XX 年 10 月 5 日
	発病負傷の原因	テニスの試合中		
	傷 病 の 経 過	良好・通院加療中		
	診療を受けた 医療機関、医 師名および住所	医師機関名 医 師 名 住 所	磯子整形外科 佐藤 一夫 横浜市磯子区洋東台 5-5-5	
	診 療 の 内 容	装具装着		
診 療 を 受 け た 期 間	自 平成 XX 年 10 月 5 日 至 平成 年 月 日	日間	診療に要した 費用の額 12,300 円	
療養の給付を 受けることが できなかった理由	①治療用装具装着の為。 ②および③の場合は理由を書いてください。 ②保険証を持参しなかった為。 <input type="text"/> ③その他（具体的に） <input type="text"/>			
第三者行為によ るものですか	いいえ ・ はい （別紙届出必要）			

