

※ 支給決定 伺	伺の日	令和	年	月	日	法定 給付	拾万	万	千	百	拾	円	常務理事	事務長	課長	係	担当
	支給額	拾万	万	千	百												
	支給期間及び 診療実日数	自	令和	年	月	日	日数	資格取得年月日			昭和 平成			年	月	日	
		至	令和	年	月	日		日	資格喪失年月日			令和			年	月	日
	装具装着年月日	令和	年	月	日	認定年月日			平成 令和			年	月	日			
証交付年月日	平成・令和			年	月	日	(備考)										

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号		生 年 月 日				被保険者 (申請者)の 氏 名		フリガナ						
	—		昭 和	年	月	日	—		—						
	被保険者(申請者)の住所		〒 —						(電話番号) ( )						
	事業所の 名称 所在地		—												
	療養が被扶養者に 関するときは、 その方の		氏名		生 年 月 日				被保険者 との続柄						
	傷 病 名		—		昭和 平成 令和		—		—		—				
	発病または負傷の 原因およびその経過		外傷の場合は「負傷原因報告書」を添付してください。						発病または 負傷年月日 (療養開始日)						
	診療を受けた 病院等		名 称		—				診療した医師氏名						
	診療の期間 (支給期間)		自	令和	年	月	日	日数	入院の場合、左記の入院期間			診療に要した費用の額			
	診療の内容		至	令和	年	月	日	日間	—			円			
被保険者のマイナンバー記入欄												—			
※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。 ※マイナンバーで申請する場合は、個人番号確認及び本人確認をするための書類が必要となります。															

銀行振込を希望する場合は、下欄に振込先を記入、代理人(事業主)に委任される場合は受取代理人の欄に記入してください。

金融機関名	支店名及び支店番号	口 座 番 号			
銀行 信金 信組 農協	支店No. ( )				
	支店 No.				

被保険者(申請者)本人の口座に限ります。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日			
	被保険者 住所 (申請者) 氏名		—			
代理人 住所 (事業主) 氏名		—				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 様