

支給決定伺

支 給 決 定 額				決裁年月日 平成 年 月 日	
				伺年月日 平成 年 月 日	
理 事 長	常務理事	事 務 長	係		法 定 円 円 計 円

療養費 第二家族療養費 請求書

被保険者証の記号と番号	記号 番号	被保険者の氏名印	フリガナ	㊟
被保険者の現住所	(〒 -)			
事業所の名称				
傷 病 名		発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	
発病又は負傷の原因				
傷病の経過				
診療を受けた病院等の	名 称	所在地	診療した医師の氏名	
診療又は手当の内 容				
診療又は手当の 期 間	平成 年 月 日から	日間	診療又は手当に要した費用の額	円
	平成 年 月 日まで			
療養の給付を受けることが出来なかった理由				
第三者の行為によるもので ず か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。			
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名		被扶養者の生年月日	昭平 年 月 日	被保険者との続柄
上記のとおり請求します。 平成 年 月 日 フジクラ健康保険組合理事長 殿				
振込希望の銀行	銀行	支店	普通 第 号	口座名 (カタカナ)
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名			受付日付印
	代理人の氏名	(フリガナ).....		
	代理人の住所			

