

記入例

支給決定伺				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	支給決定額	法定	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 111 番号 12345	被保険者の氏名印	フリガナ フジクラ タロウ 藤倉 太郎	
被保険者の現住所	(〒 000-0000) 東京都江東区〇〇1-1 〇〇マンション101			
事業所の名称	株式会社フジクラ			
傷病名	左膝関節靭帯損傷	発病又は負傷の年月日	平成 25年 7月 5日	
発病又は負傷の原因	テニスをしている際に転倒し、負傷した。			
傷病の経過	装具装着にて経過観察中			
診療を受けた病院等	名称	所在地	診療した医師の氏名	
	〇〇総合病院	東京都江東区△△1-1	□□□□	
診療又は手当の内容	左膝用装具の装着			
診療又は手当の期間	平成 25年 7月 5日から 平成 25年 7月 5日まで	1日間	診療又は手当に要した費用の額	25,000 円
療養の給付を受けることが出来なかった理由	製作所との保険契約がないため			
第三者の行為によるものですか	<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	被保険者の続柄	
<p>上記のとおり請求します。 被扶養者に関する申請の場合に記入</p> <p>平成 25年 8月 10日</p> <p>フジクラ健康保険組合理事長 殿</p>				
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 25年 8月 10日			受付日付印
	被保険者	住所	東京区江東区〇〇1-1 〇〇マンション101	
	氏名	藤倉 太郎		
	代理人の氏名	(フリガナ)		
	代理人の住所			

任意継続被保険者のみ記入

必ず記入(H27.2~)  
(任意継続被保険者は記入不要)

事業主が記入