

年度別	年度	受付	年 月 日	番号	第 号
決 常務理事	下記のとおり支給決裁し		起 事務長	担 当	起 案
裁	て差し支えありませんか		案		決 裁
支 給 金 額		種 類	備		
円		コルセット 輸 血	考		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者証記号番号	事業所名及び所属課係	年 月 日 時頃
● - ●●●●●●	勤務先名 TEL	発病又は負傷年月日及び どこで・どうした
傷病名		び原因
療養に要した 費用の額	種 類 コルセット 輸 血	ご記入ください
法第44条前段後段 に該当した理由		年 月 日 生
傷病が第三者の 行為によるもの であるかどうか	有 無	続 柄
	その事実の届出の有無	記入不要
	有 無	有 ・ 無
	第三者の住所 及び氏名	

医師又は歯科医師の意見

傷 病 名	発病又は負傷年月日	発病又は負傷の原因	初診の年月日	転 帰
	年 月 日			
手 術 名				
手術の年月日	出血量	疾		
年 月 日		傷		
診療又は手術の期間		医		
年 月 日		歯科医師	(住 所)	
年 月 日 日間		住所氏名	(氏 名)	
振込希望	金融機関名及び支店名 (フリガナ)	預金種類	口座番号	名 義 (フリガナ)
金融機関	銀行・ 信組・			
	退職者、任意継続の方はご記入ください			
上記の通り申請し、給付金の受領方を ()に委任します 円				
年 月 日	勤務先の名称	退職者、任意継続の方は記入不要		
	TEL			
デンカ健康保険組合理事長 殿 (氏名)				