

年度別	年度	受 付	年 月 日	番 号	第 号
決 常務理事	下記のとおりに支給決定し		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 考	
円			コルセット 輸 血		

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	種 類	ご記入ください
療養に要した 費用の額	コルセット 輸 血	年 月 日 生
法 第 4 4 条 前 段 後 段 に 該 当 し た 理 由	記入不要	
傷病が第三者の 行為によるもの であるかどうか	有 無	その事実の届出の有無 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	記入不要	
	年 月 日			
診療又は手術の期間	年 月 日	年 月 日	記入不要	
	年 月 日	年 月 日		
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）	
振込希望 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。〒				
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）				

(2021.03)