

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 て差し支えありませんか	起	事務長	担当
裁			案		
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原因	どこで・どうした
傷病名			
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		続柄	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	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	日間		
	年月日	日間		
振込希望 金融機関	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)
	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)				