

提出先：被保険者⇒健康保険組合

				支給支払決議書			
受付年月日	年 月 日	支給期間	自	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
同年月日	年 月 日		至	年 月 日			
決裁年月日	年 月 日		日間				
支払年月日	年 月 日	支給額					円

被保険者  
被扶養者  
**療 養 費 支 給 申 請 書**

被保険者証の 記号・番号	-		資格取得日	年 月 日		資格喪失日	年 月 日	
事業所の	名称 (部署名)							
	所在地	〒 TEL:( ) -						
傷 病 名						発病又は負傷の年月日	年 月 日	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因						負傷(ケガ)は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。	
傷 病 の 経 過								
診 療 又 は 受 け た 医 療 機 関 等	名 称	医師の氏名( )						
	所在地	〒 TEL:( ) -						
診 療 又 は 手 当 の 内 容						入院期間	自	年 月 日
						コルセット装着日	至	年 月 日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自	年 月 日	日間	診 療 又 は 手 当 に 要 した 費 用 の 額	金 円也			
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	<input type="checkbox"/> 治療用装具の装着 <input type="checkbox"/> 他制度で受診(国保・共済・その他/ ) <input type="checkbox"/> 自費で受診(国内・海外/国名 )					<input type="checkbox"/> その他 ( )		
被 扶 養 者 に 関 する 申 請 の と き	氏 名			生年 月日	昭和 平成	年 月 日		被保険者 との続柄
振 込 希 望 口 座 *任意継続者のみ				銀行・信金 信組・農協		本店 支店	普通・当座 その他( )	
	口座番号				口座名義	フリガナ.....		

(注意事項)  
※ ※  
輸血及びコルセット等治療用装具を申請する場合は、「作成指示書(弱視・斜視等が記入されているもの)」と「検査結果(眼鏡作成処方箋)」と「領収書」を添付してください。

上記のとおり申請します。また、下記の事項について異議なく同意します。  
1. 原則、この申請書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領すること。但し、申請時の資格情報によってこの限りではないこと。

年 月 日  
フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿  
被保険者の住所 氏名