

提出先：被保険者⇒健康保険組合

受付年月日	年 月 日	支給期間	自 年 月 日	支給支払決議書		
伺年月日	年 月 日		至 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
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

(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、医師の「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。
費用の「領収書」を添付してください。
治療用眼鏡等購入代を申請する場合は、医師の「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。

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	至 年 月 日
				コルセット装着日	年 月 日	年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日	至 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	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	普通・当座 その他()	
	口座番号			口座名義	フリガナ.....	

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。

- 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
住所
被保険者の 氏名

印