

支給額	円
-----	---

請求額	円
一部負担金	円

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
資格取得	年	月 日
資格喪失	年	月 日
支払年月日	年	月 日

被保険者
家族

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	—	生年月日	年 月 日
事業所の 名称(会社名)・所在地	〒		
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			
傷病の経過		日中連絡のとれる 連絡先電話番号	
診療又は手当を受けた 医療機関の名称・所在地 及び医師の氏名	名称 氏名	所在地 及び 電話番号	〒
診療又は手当の内容	入院期間		～
	コルセット装着日		～
診療又は手当を 受けた期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)	診療又は手当に 要した費用	円
療養の給付、特定療養費 又は家族療養費の支給を 受けることが出来なかった 理由 (必ず○をつけてください)	1. 保険証をもっていなかったため (理由) 2. 前保険者の保険証を使用してしまったため 3. 保険契約外業者による装具作成のため 4. その他 ()		
第三者の行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無	加害者の氏名	加害者の住所
			〒
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

上記のとおり申請します。

年 月 日 住所 〒

被保険者の氏名

日本信号健康保険組合理事長 殿



在職中の方は事業主経由で療養費を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任状	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 事業所名 _____ 被保険者氏名 _____
-----	--------------------------------------------------------

受付日付印