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）

被保険者の記号・番号	—	被保険者の生年月日	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．マイナ保険証等をもっていなかったため（ 理由　　） 2．前保険者の記号番号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	被扶養者の氏名	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