

右の欄には何も記入しないでください

本件支給決定してよろしいか	常務理事	事務長		担当者	支給決定額					
						万	千	百	十	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間				備 考					
資格関係	年 月 日 取得 年 月 日 喪失									

受付印

### 健康保険 (被保険者)・家族 療養費支給申請書

① 被保険者証の 記号番号	記号 〇〇	番号 ××××	②事業所の 名称	○×化成(株)	
③ 被保険者の氏名	印	④ 家族療養費の申請の場合は、その者の			
西日本 太郎		氏名	生年月日	被保険者との続柄	
		西日本 花子	昭和 平成 45年 1月 1日	妻	
⑤ 被保険者の現住所・電話番号					
〒581-××××					
大阪府大阪市〇〇町×-×-×					
Tel 06 ( ×××× ) ××××					
⑥ 傷病名	⑦ 発病・負傷(ケガ)の原因	⑧何をしていた、どのように負傷したか			
急性気管支炎	ケガ 	いつ 年 月 日 どこで	私用中・勤務中・通勤途中・交通事故・その他		
⑨ 診療を受けた期間	⑩装具・コルセットを装着した日				
平成30年 4月 7日から 平成 年 月 日まで1日間	平成 年 月 日 装着 通院中 入院中				
⑪診療を受けた医療機関の名称・所在地			⑬療養の給付を受けることができなかった理由		
名称 〇〇救急診療所 所在地 和歌山市〇〇町×-×-×			ア 治療用装具の装着費用 イ 他制度で受診 (国保・政管健保・その他 / ) ウ 自費で受診(国内) 保険診療できなかった理由 ( 外出先で受診した為 ) エ 自費で受診(海外/国名 ) オ その他 ( )		
⑫ 診療・装具代等に 要した金額	10,560 円				
⑭ 振 込 先	銀行・農協 △△ 信用金庫 ○○ 信用組合	本店・支店 出張所 支所	預金種目	普通 当座	
	口座番号	フリガナ	ニシニホン ハナコ		
	1 1 1 1 1 1 1	口座名義	西日本 花子		
⑮ 委 任 状	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 大阪府大阪市〇〇町×-×-× 氏名 西日本 花子 に委任します。 平成30年 4月15日 被保険者氏名 西日本 太郎				

記入漏れが多い箇所となっております。

※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

西日本プラスチック工業健康保険組合