

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㈱	
③ 被保険者の氏名 西日本 太郎			④ 家族療養費の申請の場合は、その者の 氏名 西日本 花子 生年月日 昭和45年 1月 1日 被保険者との続柄 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 急性気管支炎		⑦ 発病・負傷(ケガ)の原因 いつ 年 月 日 どこで ケガ 病気		⑧ 何をしていた、どのように負傷したか 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 令和3年 4月 7日から 年 月 日まで1日間		⑩ 装具・コルセットを装着した日 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 名称 〇〇救急診療所 所在地 和歌山市〇〇町×-×-×			⑬ 療養の給付を受けることができなかった理由 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 本店・支店 預金種目 △△ 信用金庫 〇〇 出張所 普通 当座 信用組合 支所 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。 令和3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