

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	〇×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 生年月日 被保険者との続柄 年 月 日		
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 左足関節靭帯損傷		⑦ 発病・負傷(ケガ)の原因 いつ 令和3年4月9日 どこで 自宅の庭	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 庭の石を移動させていて、 植木鉢につまづき転倒。		
⑨ 診療を受けた期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間		⑩ 装具・コルセットを装着した日 令和3年4月11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 名称 〇〇整形外科 所在地 大阪市〇〇町×-×-×		無記入の場合は、一度返却させていただきます。 わかる範囲で記入ください。		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 () 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		23,020 円			
⑭ 振込先	銀行・農協 △△ 信用金庫 〇〇 本店・支店 信用組合 出張所 支所		預金種目 普通 当座		
	口座番号 1 1 1 1 1 1 1		フリガナ 口座名義	ニシニホン タロウ 西日本 太郎	
⑮ 委任状	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____ ㊟				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