

決 裁		年 月 日					常務理事	事務長	担当者
支 給 支 出 伺	支 給 金 額					円			
	支 給 期 間	自	年	月	日	日 間	診 療 実 日 数		日 間
	資 格 取 得 日	年 月 日					支 給 基 礎		
	資 格 喪 失 日	年 月 日							

療 養 費 請 求 書

第 回

被保険者証 記号・番号	—		事業所の名称			所 属		
傷 病 名				発病又は負傷 の年月日	年 月 日			
傷病又は負傷の原因								
傷病の経過								
療養を受けた病院等 の名称及び所在地	名 称							
	所 在 地							
療養を受けた期間	年 月 日～ 年 月 日 日間				実日数	日 間		
療養の内容					療養に要した 費用の額	円		
保険診療を受け られなかった理由								
傷病が第三者行為 によるときはその 者の住所・氏名								
申請が被扶養者 に関するとき	氏名				生年月日			被保険者 との続柄
<p>上記のとおり請求します</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者住所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">ダイヘン健康保険組合理事長 殿</p>								
本請求金額の受領を 委任します				金 円受領しました				
年 月 日				年 月 日				
被保険者氏名				受領者住所				
				氏 名 ㊟				

* 医師等の「意見書」及び「領収書」を添付して下さい。