

提出先：被保険者⇒健康保険組合

				支給支払決議書			
受付年月日	年 月 日	支給期間	自	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
同年月日	年 月 日		至	年 月 日			
決裁年月日	年 月 日		日間				
支払年月日	年 月 日	支給額					円

被保険者  
被扶養者 **療養費支給申請書**

被保険者証の 記号・番号	—	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	
事業所の 所在地	〒					
	TEL : ( ) —					
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			負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
傷病の経過						
診療を受けた医療機関等	名称	医師の氏名( )				
	所在地	〒 TEL : ( ) —				
診療又は手当の内容	入院期間		自	年 月 日	至	年 月 日
	コルセット装着日			年 月 日		年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自	年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具の装着 <input type="checkbox"/> 他制度で受診(国保・共済・その他/ ) <input type="checkbox"/> 自費で受診(国内・海外/国名 )		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	被保険者との続柄	
振込希望の金融機関	銀行・信金 信組・農協		本店	普通・当座	その他( )	
	口座番号	口座名義		フリガナ.....		
上記のとおり申請します。 年 月 日 フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所 氏名						

(注意事項)  
※ ※  
輸血及びコルセット等治療用装具を申請する場合は、「作成指示書(弱視・斜視等が記入されているもの)」と「検査結果(眼鏡作成処方箋)」と「領収書」を添付してください。  
費用の「領収書」を添付してください。  
治療用眼鏡等購入代を申請する場合は、医師の「作成指示書(弱視・斜視等が記入されているもの)」と「検査結果(眼鏡作成処方箋)」と「領収書」を添付してください。