

支出 同	支給決定並びに	常務理事	事務長	係	支給 決定額					円	
					支給期間	自 平成	年	月	日	日間	
						至 平成	年	月	日		

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

被保険者証の記号と番号		事業所の名称					
記	番	所 属	部・支店・工場				課
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名		被扶養者の 生年月日	明大 昭平	年	月	日	被保険者 との続柄
傷 病 名	発病又は負傷の年月日		平成	年	月	日	
発病又は負傷の原因			装具をつけた時に 入院していましたか		はい ・ いいえ		
発病又は負傷の経過							
診療を受けた医師・歯科 医その他の氏名、住所							
診 療 の 内 容							
診 療 の 期 間	平成		年	月	日から	診療に要した 費用の額	円
	平成		年	月	日まで		
療養の給付を受けなかつた事由（詳しく）			傷病が第三者の行為である ときはその事実並びに第三 者の住所、氏名				
上記のとおり請求します。 〒							
平成		年	月	日	住 所		
				請求者 氏 名		印	
三協・立山健康保険組合理事長殿							

振込金融機関 (郵便局を除く)	銀行・農協 労働 信用 金庫	口座番号（普通）							
		口座名義人（請求者本人に限る）*カタカナで記入							
									店

委任状	この療養費の受領を 〒	
	住 所	
	氏 名	に委任します。
	平成	年 月 日 被保険者氏名 印

* 受付日付印

注意) 太枠内を記入して下さい。

装具の装着を必要と認めた保険医の意見書及び療養に要した費用の額に関する領収書（内訳を記載したものの原紙）を添付して下さい。