

令和 年度	
款	保 険 給 付 費
項	法 定 給 付 費
目	療 養 費
	第二家族療養費

常務理事	事務局長	係

支給決定日	
-------	--

被 保 険 者
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証	記号 番号	事業所の名称	百十四銀行 部店		
傷病名			発病又は負傷日	令和 年 月 日	
傷病又は負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・住所及び医師の氏名	名称	所在地及び電話番号			
	氏名				
診療又は手当の内容	入院期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日		
	コルセット装着日	令和 年 月 日			
診療又は手当を受けた期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	円
保険医にかかれなかった理由または保険証を提示することができなかった理由					
第三者の行為によって負傷したものであるか否か	<input type="checkbox"/> ある	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	<input type="checkbox"/> 届出あり ・ <input type="checkbox"/> 届出なし	
	<input type="checkbox"/> ない		第三者の氏名・住所	氏名 住所	
被扶養者に関する申請のとき	被扶養者の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	被保険者の続柄
払渡希望の銀行口座	百十四銀行 本店 普通預金 No.				
百十四銀行健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請します。		被保険者の住所			
令和 年 月 日		氏名 Ⓜ			

(注) 被保険者証の記号・番号に代えて、マイナンバーを備考欄に記載できます。
その場合、個人番号等の書類の添付を要する為、当組合に事前連絡して下さい。

備考欄：