

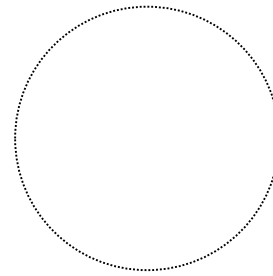
支給決定伺

受付日

常務理事	事務長
支給決定日	
支給決定額	金

記入例

2枚目のみを印刷して
各事業所(会社)の申請窓口へ提出して下さい



被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	98	765	資格取得日	昭和 平成 令和 28年 3月 3日	資格喪失日	平成 令和 年 月 日
	事業所名称	(株)◇◇◇◇◇		事業主所在地	〒650-0000 神戸市〇〇区〇〇町1-1 TEL 078-1234-5678		
	療養対象者の氏名	健保 一郎		生年月日	S・H・R 25年 10月 15日	続柄	長男
	傷病名	インフルエンザ		発病又は負傷の年月日	令和 元年 5月 16日		
	発病・負傷の原因	不明		傷病の経過	良好		
	診療又は手当をうけた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇〇 クリニック		所在地及び電話番号	〒650-1111 神戸市〇〇区△△通 1丁目1-1 TEL 078-1234-5678	
		氏名					
	診療期間	自) 令和 元年 5月 16日 至) 令和 元年 5月 22日		7日間	入院の場合の期間	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	
	診療又は手当の内容	投薬など		診療又は手当に要した金額	¥2,100		
療養の給付を受けることができなかった理由	保険証不携帯のため		第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無			
				加害者氏名			
				加害者住所			
振込先	銀行名	△△銀行		口座番号 普・他 ()	9999999		
	支店名	〇〇支店		口座名義 (カタカナ記入)	ケンポ レイコ		
本申請は事業主経由であることに同意した上で申請します。							
令和 元年 5月 28日							
ワールド健康保険組合理事長 殿							
被保険者 住所 〒650-0000 神戸市〇〇区△△町8丁目9-1							
氏名 健保 令子 印							

シヤチハタ不可

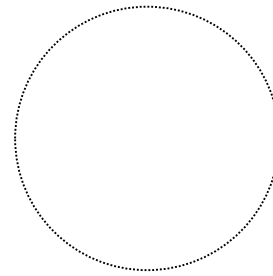
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。						
	令和 年 月 日						
	被保険者 住所						
	(請求者) 氏名						
	印						
代理人の住所		〒					
代理人の氏名							
印							
振込先		銀行名			口座番号 普・他 ()		
		支店名			口座名義 (カタカナ記入)		

シヤチハタ不可

支給決定伺

受付日

常務理事	事務長	課長	係
支給決定日	年 月 日		
支給決定額	金 円		



被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号		資格 取得日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格 喪失日	平成 令和 年 月 日	
	事業所名称		事業主 所在地	〒 TEL			
	療養対象者の 氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	続柄		
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日			
	発病・負傷 の原因			傷病の経過			
	診療又は手当 をうけた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	名称 氏名		所在地及び 電話番号	〒 TEL		
	診療期間	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日	日間	入院の場合 の期間 コルセット 装着日	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	診療又は手当 の内容			診療又は 手当に要 した金額			
	療養の給付を 受けることが できなかった 理由		第三者の 行為によ る負傷で あるとき	その事実と 届出の有無			
				加害者氏名			
				加害者住所			
	振込先	銀行名 支店名		口座番号 普・他 () 口座名義 (カタカナ記入)			
	本申請は事業主経由であることに同意した上で申請します。 令和 年 月 日 ワールド健康保険組合理事長 殿 被保険者 住所 〒 氏名 印						

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者 住所 (請求者) 氏名			印		
	代理人の住所	〒				
	代理人の氏名	印				
振込先	銀行名		口座番号 普・他 ()			
	支店名		口座名義 (カタカナ記入)			