

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	記号	番号	被保険者 氏名					
被扶養者の場合 はその氏名	氏名		生年月日	年	月	日	被保険者 との続柄	
事業所の名称			事業所の 所在地	(〒 -)				
傷病名			発病または 負傷の年月日	年 月 日				
発病または 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・所在地 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	年	月	日
					至	年	月	日
				装具装着日	年	月	日	
診療又は手当を 受けた期間	自	年	月	日	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也	
	至	年	月	日	日間			
保険診療を受け られなかった 理由(詳しく)	1. 治療上必要な装具を装着した。 2. 保険証を保険医療機関の窓口に出すできなかったために、療養給付が受けられなかった。 提出できなかった理由() 3. その他()							
第三者の行為によ る負傷であるとき	届出の有無	有 ・ 無		加害者の氏名				
		加害者の住所						
<p>私は所属する事業所を代理人と定め、受領を委任し上記の通り申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 〒</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所</p> <p>コクヨ健康保険組合理事長 殿 氏名</p>								

●退職者は振込先を記入してください。(任意継続者は保険料引落口座になります)

振込先	口座名義	フリガナ 氏名					
	銀行	銀行			支店		
		普通 ・ 当座		口座番号：			