

支給 決議書	常務理事		事務局				備考(病名コード)			
	支給 期間	自	平成・令和	年	月	日				
		至	平成・令和	年	月	日				
	証NO			支給金額						

\*この線より上は請求者において記入しないこと

療養費 ・ 第二家族療養費 支給申請書

被保険者の記号番号	—	事業所の名称		所属	
傷病名			手当の経過		
発病又は負傷の年月日			手当てに要した費用の額		
発病又は負傷の原因					
診療又は手当てを受けた医療機関の 名称・所在地及び医師の氏名					
療養の給付又は家族療養費の 給付を受けることができなかった理由					
傷病が第三者の行為によるときは その事実並びに第三者の住所・ 氏名、不明なときはその旨					
対象者の医療費助成受給者証 の有無	有 ・ 無				
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名・生年月日・続柄・年齢	氏名				
	続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

1. 銀行 支店

〒 —

(口座種別) NO

請求者の住所

2. 郵便局 (店番) (番号)

3. 給与振込み

氏名

\* 1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。

\* 任意継続者の方は健保への届出をしている口座への振込となります。

(TEL )

帝人グループ健康保険組合理事長殿

1. 自費診療費を請求するときは、領収書(原本)と手当てに関する証拠書類(医療機関よりの診療報酬明細書の写し※開封厳禁)を必ず添付すること。
2. コルセット代を請求するとき、それを必要と認めた医師の意見書と領収書(原本)を添付すること。