

受付年月日	令和年 月 日
同年月日	令和年 月 日
決裁年月日	令和年 月 日
支給額	円

支給期間	自 令和年 月 日 至 令和年 月 日 日間
------	------------------------------

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
資格取得	昭・平・令和年 月 日		
資格喪失	令和年 月 日		
支払年月日	令和年 月 日		

被保険者療養費支給申請書
被扶養者

(第 回目)

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名 称	株式会社 オリジン			
			所在地	埼玉県さいたま市桜区栄和 3-3-27			
傷 病 名				発病又は負 傷の年月日	令和年 月 日		
発 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・所在地 及び医師の氏名	医療機 関 名		所 在 地 及 び 話 番 号	()			
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			
療養の給付又は家 族療養費等の支給 を受けることがで きなかった理由							
被 扶 養 者 に 関 する 申 請 の と き	氏 名		生 年 日 月	昭 令 平 年 月 日	被保険者 との続柄		
受取代理人を指定 す る 場 合	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和年 月 日 申請者住所・氏名..... 委任者と代理 人との関係 代理人住所・氏名..... ()						
振り込み希望の 銀行名・口座番号	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 銀行 支店 普通預金 口座番号 注) マイナポータルの口座情報の反映には登録から数日を要します。 また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
上記のとおり申請します。 令和年 月 日 住 所 被保険者の 氏 名 オリジン健康保険組合理事長殿							