

受付年月日	年	月	日						
同年月日	年	月	日						
決裁年月日	年	月	日						
支給額	円								
支給期間	自	年	月	日	至	年	月	日	間

支給支払決議書					
資格取得	年			月	日
資格喪失	年			月	日
支払年月日	年			月	日

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

(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」を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	第 1234 号	被保険者が勤務 する(してい た)事業所の	名称 所在地	飯野海運(株) 東京都千代田区内幸町2-1-1	電話	3506局 8168番						
傷病名	う 蝕		発病又は負 傷の年月日	2020 年 3 月 7 日								
発病又は 負傷の原因	不 詳											
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	IINO KENPO CLINIC		所在地 及び電 話番号	304 Orchard Road #05-05 Lucky Plaza Singapore 238863							
	氏名	Dr. KENPO IINO										
診療又は手 当の内容	抜歯・感染根管治療 等		入院期間	自	年	月	日	至	年	月	日	
			コルセット装着日									
診療又は手 当を受けた 期間	自	2020 年 3 月 7 日	至	2020 年 3 月 10 日	4 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	\$ 750	円也			
療養又は手当 が被扶養者に 支給される 理由	海外に居住しているため											
第三者の行為によ る負傷であるとき	その事実 届出有無	無		加害者の氏名								
				加害者の住所								
被扶養者に 関する申請のとき	氏 名			生年 月日	大昭平金	年	月	日	被保険者 との続柄			
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店(普通 当座	第 号)		郵便局						
上記のとおり申請します。												
2020 年 5 月 2 日 被保険者の住所 東京都練馬区 - x x - 健康保険組合理事長 殿 健保 太郎 (健保)												

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。

委任状	私は飯野海運(株)を代理人と定め、次の権限を委任する。 2020 年 5 月 2 日請求した被保険者療養費のうち 金 \$ 750 円也の受領に関すること。 2020 年 5 月 2 日 被保険者の住所 東京都練馬区 - x x - 氏名 健保 太郎 代理人の住所 東京都千代田区内幸町2-1-1 氏名 飯野海運(株)社長 飯野 次郎 (飯野)											
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店(普通 当座	第 号)		郵便局						

領収書	金 円也但し う え の 金 額 を 領 収 い た し ま し た。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏 名 印											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--