支払金額													円

支給並に支払決議			
理事長	常務理事	事務長	係

被保険者・被扶養者　療養費支給申請書

被保険者証	記号		被保険者氏名　(ﾌﾘｶﾞﾅ)	事業所の名称
	番号			

傷病名	傷病の原因	届出が被扶養者に関する時はその者の氏名	続柄
		氏名 生年月日　昭 平 令　年　月　日	

発病又負傷の年月日及傷病の経過概況	診療又は手当の内容	診療又は手当を受けた期間及び同費用
		自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日　日間 金額

療養の給付を受けることができなかった(保険証を使うことができなかった)理由	傷病が第三者行為(交通事故等)に因るものであるときはその事実並に第三者の氏名及び住所	診察又は調剤支給を受けた医師、歯科医、調剤師の名称、所在地及び氏名

上記に依り申請します

被保険者
住　所

令和　年　月　日　氏　名 ________________ 印

豊島健康保険組合理事長　殿

委　任　状

上記の金額の受領を　　　　　　　　　　に委任します。

被保険者

令和　年　月　日　氏　名 ________________ 印

振込希望の銀行(被保険者名義)	銀行	支店	普通 当座

添付書類あり

受付日印　　決定日印　　支払済日印

H28.3.23作成