

受付年月日	年 月 日
伺年月日	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 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	
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 療養費支給申請書 (第 回目)  
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称 所在地	〒			
傷病名				発病又は負傷の年月日	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	名称 氏名	所在地及び電話番号		〒			
診療又は手当の内容				入院期間 装具装着日	自 年 月 日 至 年 月 日		
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也		
療養の給付又は療養費の支給を受けること	はしめるか由						
第三者の行為による負傷である	その事実と届出の有無	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	昭平令	年 月 日	被保険者との続柄		
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
被保険者の住所							
日清オイリオグループ健康保険組合理事長 殿 氏名 印							

(注意事項)

- 領収書(原本)を添付してください。
- 医科診療、歯科診療を受けた方は、診療報酬明細書(レセプト)を添付してください。  
尚、はり・きゅう、あんま・マッサージを受けた方は、別紙はり・きゅう用、あんま・マッサージ用を添付してください。
- 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、「治療のため必要と認める旨の証明書」を添付してください。
- お支払いは事業主経由で行ないます。同意されない方がいらっしゃいましたら、当健保までお申出ください。(任継除く)