

※ 保 険 給 付 決 定 欄

被保険者
被扶養者 療 養 費 支 給 申 請 書

平成 年 月 日

神戸貿易健康保険組合理事長 様

〒 -

被保険者 住 所

下記のとおり申請いたします。

氏 名

㊟

被 保 険 者 証 の	記 号		事業所の名称 及び所在地		
	番 号				
傷 病 名				発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日
傷 病 又 は 負 傷 の 原 因					
傷 病 の 経 過					
診療又は手当を 受けた医師歯科 医師その他の者 の氏名住所	名 称		所在地及び		
	氏 名		電話番号		
診 療 又 は 手 当 の 内 容				入 院 期 間 着 装 日	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
診 療 又 は 手 当 の 期 間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	日 間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也
診療又は手当が被 保険者の選定に係 る特別の病室の提 供、その他厚生大 臣が定める療養を 含むときはその旨					
療養の給付又は特 定療養費もしくは 家族療養費の支給 を受けることがで きなかつた理由	<input checked="" type="checkbox"/> 該当するものに☑をお願いします。それ以外の場合は理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 義肢・補装具・コルセットを装着したため 理由記入欄 ()				
傷病が第三者の行為 によるものであるときは その事実及び第 三者の氏名及び住所	その事実と		加害者の氏名		
	届出の有無		加害者の住所		
申請が被扶養者に関 するものであるときは その者の氏名		被扶養者の 生年月日	昭 ・ 平 年 月 日	被保険者 との続柄	
委 任 状	この給付金の受領方を 住所 氏名 平成 年 月 日 被保険者氏名			㊟ に委任します。 ㊟	
振 込 希 望 銀 行	銀行 支店		種 類	普通 ・ 当 座	
	口座番号		フリガナ		
備 考	個人番号(マイナンバー)の記載を希望される被保険者は、こちらに記入してください。ただし、個人番号を記載された場合は、個人番号確認と身元確認のできる書類(個人番号カードの写し等)の添付が必要です。				
	(個人番号:)				

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用器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。