|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 |  年 月 日日本ＮＣＲ健康保険組合　2025/1 |
| 伺年月日 |  年 月 日　 |
| 決裁年月日 |  年 月 日 |  | 支 給 支 払 決 議 書 |
| 支給額 |  円 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |  |
|  |
| 支給期間 | 自 年 月 日至 年 月 日 日間 |  | 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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等記号・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 | （TEL） |
| 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 | 所在地 | （TEL） |
| 氏名 |
| 診療又は手当の内容 |  入 院 期 間 自 年 月 日 至 年 月 日 ｺﾙｾｯﾄ装着日 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 |  　　円 |
| 申請理由 | １．健康保険の資格が確認できずに10割負担したため２．以前加入していた健康保険を使用してしまったため３．治療用装具（コルセット、弾性着衣、治療用眼鏡等）を購入したため４．海外の病院で受診したため５．その他《　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》 |
| 第三者の行為による負傷であるとき | 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 |  年 月 日 | 被保険者との続柄 |  |
| 振込口座 | 給与口座（任意継続被保険者の方は、振込ご指定口座） |
| 備　　考 |  |
|  上記のとおり申請します。 年 月 日　　　　　　　　 〒 （被保険者）住所： 　　　　　　　　（TEL） 氏名： 印 日本ＮＣＲ健康保険組合　理事長 殿　　　  |