|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |