

被保険者  
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

|  |                               |                 |                                |                      |              |           |
|--|-------------------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------|--------------|-----------|
| 被 保 険 者 証  | 記号                            | 4402            | 被保険者の氏名<br>及び生年月日              | 健保 太郎                |              |           |
|  | 番号                            | 1234            |                                | 昭和<br>平成             | 50           | 年 4 月 1 日 |
| 被保険者の<br>住 所   | 〒 664 - 0831<br>兵庫県伊丹市北伊丹8-10 |                 |                                | TEL : 072-771-0803   |              |           |
| 事業所の名称<br>及び所属   | O K K (株) 人事課                 |                 |                                |                      |              |           |
| 被保険者の個人番号 (マイナンバー)<br>(記号番号を記入した場合は <b>記入不要</b> です。)   |                               |                 |                                | 個人番号(マイナンバー)の記入は不要です |              |           |
| 傷 病 名  | 捻挫                            |                 | 発病又は<br>負傷の年月日                 | 平成<br>令和             | 元 年 10 月 1 日 |           |
| 発病又は負傷の原因  | 不詳                            |                 |                                |                      |              |           |
| 傷 病 の 経 過  | 良好                            |                 |                                |                      |              |           |
| 診療又は手当を受<br>けた医師、歯科医院<br>その他の住所、氏名   | 診察を受けた病院等の住所をご記入ください。         |                 |                                |                      |              |           |
| 診療又は手当の内容  | 診察、投薬治療                       |                 | 支払った金額を記入してください。<br>(領収書等の合計額) |                      |              |           |
| 診療又は手当の期間  | 自                             | 令和 元 年 10 月 2 日 | 3 日間                           | 費用の額                 |              |           |
|  | 至                             | 令和 元 年 10 月 8 日 |                                |                      |              |           |
| 療養の給付を受け<br>られなかった事由   | 治療用装具のため                      |                 |                                |                      |              |           |
| 傷病が第三者の行為に<br>よるときはその事実並び<br>第三者の住所、氏名<br>(不明のときはその旨)  | ご家族の場合はご記入ください。               |                 |                                |                      |              |           |
| 申請者が被扶養者に<br>関する時はその者の氏名   |                               | 生年<br>月日        | 昭和<br>平成<br>令和                 | 年 月 日                | 続<br>柄       |           |
| 上記給付金の振込みを事業主に委任します。<br>※任意継続被保険者の方は下記ご指定の口座に振込み致します。<br>令和 元 年 10 月 31 日<br>被保険者氏名 健保 太郎<br>O K K 健康保険組合理事長 殿 |                               |                 |                                |                      |              |           |

振込口座 りそな 銀行 川西 支店 普通 No. 1234567

受理日付印