

**被保険者
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書**

被 保 険 者 証	記号		被保険者の氏名					
	番号		及び生年月日		昭和 平成	年	月	日
被保険者の住所	〒 _____ TEL : _____							
事業所の名称及び所属								
被保険者の個人番号（マイナンバー） （記号番号を記入した場合は 記入不要 です。）								
傷 病 名				発病又は 負傷の年月日	平成 令和	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師、歯科医院 その他の住所、氏名								
診療又は手当の内容								
診療又は手当の期間	自	令和	年	月	日	日間	費用の額	
	至	令和	年	月	日			
療養の給付を受けられなかった事由								
傷病が第三者の行為によるときはその事実並びに 第三者の住所、氏名 （不明のときはその旨）								
申請者が被扶養者に 関する時はその者の氏名			生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続 柄
<p>上記給付金の振込みを事業主に委任します。</p> <p>※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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名</p> <p>〇 K K 健康保険組合理事長 殿</p>								

振込口座 _____ 銀行 _____ 支店 普通 No. _____

/ 受理日付印 \