

該当する方を○で囲んでください。

リクルートスタッフィング派遣スタッフの方はSS課と記入してください。

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (立替払等、治療用装具)

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号番号	記号	25	番号	111	②生年月日	大昭平 49年 1月 11日 (36歳)	
	③被保険者の(申請者)氏名と印	フリガナ	ケンポ イチロウ		健保 健保 一郎	④被保険者の住所・電話	〒170-0013 東京都豊島区東池袋3-1-1 日中連絡が取れる電話番号 080 (2222) 4444	
	⑤事業所の名称(会社名)	(株)リクルートスタッフィング				⑥所属部署	SS課 電話 0120(545)106	
	⑦申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	ア) 氏名	該当せず 被保険者との続柄()			イ) 生年月日	明大昭平 年 月	「はい」の場合には、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
	⑧傷病名	急性胃炎				⑨発病又は負傷の年月日	H22年 5月 3日 (負傷の場合は : 時頃)	
	⑩発病又は負傷の原因及びその経過	平成22年5月3日お昼頃、激しく胃が痛み、救急で病院にかかり、検査を受け、急性胃炎と診断された。				⑪第三者の行為によるものですか はい ・ <u>いいえ</u>		
	⑫診療を受けた病院等	ア) 名称	池袋救急病院 医師の氏名(坂井 聡			イ) 所在地	〒170-0013 東京都豊島区東池袋3-3-3	
	⑬診療の期間	自	22年 5月 3日	1日間	⑭入院(入院外)	⑮診療に要した費用の額	12,000 円	
	⑯診療の内容	レントゲン・血液検査などをうけ、急性胃炎と診断され、痛み止めの注射を打った。						
	⑰療養の給付を受けることができなかった理由(詳細に)	救急で病院にかかった際に、保険証を持っておらず、全額自己負担した。						

該当する方を○で囲んでください。

なぜ保険診療を受けられなかったのか、その理由を詳しく記入してください。

⑱振込先	銀行名	支店名	支店コード
	三井住友 銀行	新宿 店	0 0 9 9
受取人	預金種目	口座番号	口座名義(カナ)
	<u>1.普通</u> 2.当座	0 0 0 0 0 0 0 0	ケンポ イチロウ

*振込先は、ゆうちょ銀行以外の金融機関をご記入ください。

⑲委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	住所 〒	被保険者の氏名	(印)
	住所 〒	代理人の氏名	(印)
	(委任者と代理人の関係)		

受付日付印

給付金の受領を委任する場合は、被保険者・代理人それぞれが記入・捺印してください。同一筆跡・同一印影は不可といたします。

*本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。