

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 療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具)

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	ケンボ イチロウ			④ 被保険者の住所・電話	〒170-0013 東京都豊島区東池袋3-1-1		
		健保 一郎				日中連絡が取れる電話番号	080(2222)4444	
(株)リクルートスタッフィング					⑤ 所属部署	SS課 電話 0120(545)106		
					ア) 氏名	該当せず 被保険者との続柄()		
被保険者が記入するところ	⑧ 傷病名	右側内側副靭帯損傷			⑨発病又は負傷の年月日	H22年 5月 3日 (負傷の場合は 15:00 時頃)		
	⑩ 発病又は負傷の原因及びその経過	自宅の階段から落ちて怪我をした。			⑪ 第三者の行為によるものですか はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ			
	⑫ 診療を受けた病院等	ア) 名称	溝端整形外科 医師の氏名(溝端 淳一)			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 4日	1 日間			⑭ 入院(入院外)	⑮ 診療に要した費用の額
	⑯ 診療の内容	治療用下肢装具の装着			領収書の日付を記入してください。		領収書の金額を記入してください。	
	⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由(詳細に)	治療用装具は立替払いで全額自己負担したため。						

被保険者本人の請求の場合は、「該当せず」と記入してください。

「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。

該当する方を○で囲んでください。

振込先	銀行名		支店名		支店コード	
	三井住友 銀行		新宿 店		0099	
受取人	預金種目	口座番号		口座名義(カナ)		
	<input checked="" type="radio"/> 1.普通 2.当座	00000000		ケンボ 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。

カナで記入してください。

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

被保険者の住所 〒

氏名 (印)

代理人の住所 〒

氏名 (委任者と代理人の関係) (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。