

受付年月日	令和	年	月	日
伺年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日

理事長	常務理事	事務長	係員	係員

支給内訳	療養費	円
標準報酬月額	千円(第	級)

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・家族 療養費支給申請書

(立替払等 治療用装具)

被保険者証の記号・番号	—		氏名			
事業所名称	公益財団法人天理よろづ相談所		事業所所在地	奈良県天理市三島町200番地		
療養対象者氏名		療養対象者生年月日	昭・平・令	年	月	日生
						被保険者との続柄
傷病名			発病または負傷年月日	平・令	年	月 日
発病又は負傷の原因						
発病または負傷の経過			診療または手当の内容			
診療を受けた病院等	名称					
	所在地			診療した医師氏名		
診療を受けた期間	自	平・令	年	月	日	日間
	至	平・令	年	月	日	
			診療に要した費用の額	円		
治療用装具を装着した年月日	令和	年	月	日	装着	装具の金額
	円					
保険証を使用して診療を受ける事ができなかった理由						
払込希望銀行	銀行		支店 普通預金( )			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 —

住所

被保険者の

TEL — —

氏名

印

天理よろづ相談所健康保険組合 理事長 殿