

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	72 -		事業所の名称	株式会社 鹿児島銀行		
受給者 氏名			被保険者 との続柄	生 年 月 日	昭 平 令	年 月 日
傷病名				発病または 負傷の 年 月 日	平 成 令 和	年 月 日
療養の給付(保 険診療)を受け られなかった理由						
発病又は負傷 の原因及び経過						
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称			所在地 及び 電話番号	〒	
	氏名				TEL.()-()-()	
診療又は手当 の内容	入院期間	自	平成・令和	年 月 日		
		至	平成・令和	年 月 日		
	コルセット装着日		平成・令和	年 月 日		
診療又は手当 を受けた期間	自	平成・令和	年 月 日	日間	費用の額	金 円也
	至	平成・令和	年 月 日			
第三者の行為 による負傷で あるとき	その事実と 届出の有無	加害者の氏名				
		加害者の住所				
振込先	店名	種目・口座番号		口座名義(被保険者名義)		
		普通	No.	(フリガナ)		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

鹿児島銀行健康保険組合理事長 殿

〒
住所
被保険者の
氏名