

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	70 -	事業所の名称	株式会社 鹿児島銀行 室・部・課・店		
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	装具代のため				
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
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					