

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					
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	至 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					