

被保険者
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者の 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 年 月 日 平成 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	〒 TEL.()-()-()	
	氏 名					
診療又は手当 の 内 容	入 院 期 間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 コルセット装着日 令和 年 月 日					
診療又は手当 を受けた期間	自 令和 年 月 日 至 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

