

令和 年度				
款	保 険 給 付 費			
項	法 定 給 付 費			
目	療 養 費	円	支給決定日	
	第二家族療養費			

被 保 険 者
 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者等 記号・番号	記号 番号		事業所の名称	百十四銀行 部店	
傷 病 名				発病又は負傷日	令和 年 月 日
傷病又は負傷の原因					
傷 病 の 経 過					
診療又は手当を受け た医療機関の名称・ 住所及び医師の氏名	名称	所在地 及び 電話番号			
	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		
		コピ外着装日	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		診療又は手当に 要した費用の額	円	
保険医にかかれな かった理由または保険 証を提示することが できなかった理由					
第三者の行為に よって負傷した ものであるか否か	<input type="checkbox"/> ある	第三者の行為 によって負傷 したときは	その事実の届出の有無	<input type="checkbox"/> 届出あり ・ <input type="checkbox"/> 届出なし	
	<input type="checkbox"/> ない		第三者の氏名・住所	氏名 住所	
被扶養者に関する 申 請 の と き	被扶養者の 氏 名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	被保険者 と の 続 柄
払渡希望の銀行口座	百 十 四 銀 行 本 店 普通預金 No.				
百十四銀行健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請します。		被保険者の住所			
令和 年 月 日		氏名 (印)			

(注)被保険者証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルでご確認ください。

被保険者等記号・番号に代えて、マイナンバーを備考欄に記載できます。

備考欄: