

記入例

被扶養者

治療用装具

(第 回 目

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号							② 被 保 険 者 の 氏 名	フリガナ	カンサイ ハチロウ				
8	0	1	9	9	9	9		関西 八郎					
									下記のとおりに申請いたします				
事業所の名称		関西テレビ放送株式会社											
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名		該当せず			生年 月日		昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日			被保険者 との続柄 本人			
傷 病 名		急性胃腸炎					発病又は負傷 の 年 月 日		令和 〇 年 〇 月 〇 日 (負傷の場合は 時頃)				
発病又は負傷 の 原 因		旅行中、急に腹痛をおぼえ、近くの病院で診察を受ける。						傷 病 の 経 過		治療			
診察を受けた 病 医 院 の		名 称		△△医院				診療した 医師氏名		△△ 〇夫			
		所 在 地		〇〇県××市△△8-8-8									
診療の期間 (入院-入院外の別) 又は 装具装着日		入 院 ・ 入院外		自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日						入 院 の 場 合 日 数		日間	
		装 具 装 着 日		令和 年 月 日						入 院 外 の 場 合 実 日 数		1 日	
診療に要した 費 用 の 額		金 0,000 円 (別紙証拠書のとおりに)			療養の給付を受けるこ とができなかった理由			旅行中の為、被保険者証を携帯していなかった。					

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
	被保険者 (請求者)	住 所				
		氏 名				
	代 理 人 (口座名義人)	住 所	委任者と代理人との関係			
氏 名						

円也

受付日付印

常務理事	事務長		担当者

関西テレビ放送健康保険組合