

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	-	事業所 名称	
傷病名			
発病又は 負傷の年月日	平成	年	月 日
発病又は負傷の原 因およびその経過			
診療又は 手当の内容			
診療又は 手当の期間	平成	年	月 日から 平成
	年	月	日まで
		日間	診療又は手 当に要した 費用
			円
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称及び 所在地	所在地		
	名称		
療養の給付を 受けることが できなかった理由			
傷病が第三者の 行為によるときは 其の事実並びに 第三者の氏名 及び住所			
申請が扶養者に関 するときはその者の 氏名生年月日続柄	氏名	生年 月日	続 柄
振込希望の銀行 (ゆうちょ銀行不可)	銀行		支店
	普通 第	号 名義人(カナ)	

上記の通り申請します。

平成 年 月 日

セディナ健康保険組合 殿

被保険者の 住所	〒	-	TEL	
氏名			印	