

(被保険者) 療養費支給申請書  
(被扶養者)

被 保 者	被保険者証	記号 66	被保険者 氏名	ふりがな あずま きょういち 東京一		
		番号 200				
被 保 者	被扶養者に関する申請のとき	氏名	東 大地	生年 月日	昭和 15年5月15日生	続柄 長男
	被保険者の住所	〒107-0052 港区赤坂1-1-1 電話 03 (8483) 8078				
被 保 者	事業所の名称	銀座電線株式会社				
	傷病名	右橈骨遠位端骨折	発病又は負傷の年月日	3年7月10日(土曜日)		
被 保 者	発病又は負傷の原因	部活動中に転倒し地面に手をついた際に負傷。				
	傷病の経過					
記 入 す る と こ ろ	診療又は手当を受けた医療機の名称・所在地及び医師の氏名・住所	名称 小泉整形外科	所在地 港区赤坂1-5-6			
		氏名 小泉真紀子	住所			
記 入 す る と こ ろ	診療又は手当の内容	入院期間 ( 年 月 日 ) コルセット装着日 3年7月20日				
	診療又は手当を受けた期間	自 3年7月12日 至 年 月 日	1日間	診療又は手当に要した費用	27,100 円	
記 入 す る と こ ろ	診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨					
	保険診療を受けることができなかった理由 (必ず記入のこと)	装具製作者との保険契約がないため。				
記 入 す る と こ ろ	第三者の行為による負傷であるときは	その事実と届出の有無	加害者の氏名			
			加害者の住所			

怪我等による負傷で装具を製作された場合、発症または負傷の年月日、原因を具体的にご記入ください。

東日本電線工業健康保険組合

○送金は事業所宛にいたしますので、必ず委任欄を記入してください

受 領 委 任 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	代理人 氏名	大山 隆夫	被保険者 (請求者) 氏名	東京一	

○任意継続被保険者又は退職者の請求は、本人宛に送金しますので、下欄に記入してください

銀行名	銀行 信用金	支店名	支店
口座番号		口座氏名	

受付日付印