

被 保 険 者
被 扶 養 者 療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者	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 険 者 氏 名	東 京 一			
被 保 険 者 関 する 申 請 の 時 点	氏名	東 大 地		生 年 月 日	昭 和 15 年 5 月 15 年 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					
保 険 者 傷 病 名	事 業 所 の 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)		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	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						
診 療 又 は 手 当 受 け た 医 療 機 関 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			
診 療 又 は 手 当 の 内 容	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	
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 事)	装具製作者との保険契約がないため。					
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

○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