

支 給 決 定 伺			伺 年 月 日	令和 年 月 日		
			決裁年月日	令和 年 月 日		
支 給 法 定	決 定 額	円	常 務 理 事	事 務 長	課 長	係
支 給 期 間	付 加	円				
		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				
備 考						

1.被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書

2.家 族 家族療養費付加金

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記号	治療用装具/治療用眼鏡/弾性着衣等を 作成・購入された場合			
	番号				
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	医師の装具 等 装着指示日	令和 年 月 日		
資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日	領収書の 発行日	令和 年 月 日		
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日	領収書の 金額	円		
傷 病 名					
傷 病 原 因					
療 養 の 給 付 を 受 け ら れ な か っ た 理 由	(選択) (特記事項:				
労働災害、あるいは通 勤災害によるものですか	1:該 当 2:非該当	←該当する場合、健保から詳細確認の連絡をさせていただきます			
第三者行為(交通事故 やケンカ等)によるもの ですか	1:該 当 2:非該当	←該当する場合、別途、第三者行為による傷病届のご提出が必要です。			
①、②の 申請対象者	1:被保険者 2:被扶養者	←被扶養者(家族)の場合、以下欄の氏名・生年月日等をご記入ください			
被扶養者の氏名 生年月日・続柄	氏 名	生 年 月 日		続 柄	
		年 月 日 歳			

上記のとおり申請します。また、私は、BIPROGY健康保険組合がこの給付決定の調査として、私の受けた保険給付、医療行為等に係る情報に関し、医療機関、事業所等に照会することに同意します。

令和 年 月 日

BIPROGY健康保険組合 御中

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。

本請求に基づく給付金は、健保組合に届け出ている登録口座への振込を希望します。

本請求に基づく給付金は、以下振込希望口座への振込を希望します。

被保険者 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

メールアドレス _____

振込希望口座 銀行 支店 NO. _____