

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	円	常 務 理 事	事 務 長	課 長	係	
決定額	円					
支 給 期 間	自 令和 年 月 日 日間 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	① 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	1:昭和 年 月 日 2:平成 年 月 日 3:令和 年 月 日	医師の装具等 装着指示日	令和 年 月 日		
		領収書の 発行日	令和 年 月 日		
資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日	領収書の 金額	円		
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日	② 全額自費で支払った/ 誤って他の健康保険で受診した場合			
傷 病 名		診療期間	自:令和 年 月 日 日間 至:令和 年 月 日		
傷 病 原 因		領収書の 金額	円		
療 養 の 給 付 を 受 け ら れ な か っ た 理 由					
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		
		1:昭和 年 月 日 歳 2:平成 年 月 日 3:令和 年 月 日			

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。
- ← (社 員 の 場 合)
- ☐ 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。
- ← (任意継続・特例退職の場合)
- ☐ 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。
- ← (まもなく退職する社員の場合)

被保険者 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電 話 _____

メールアドレス _____

振込希望口座 銀行 支店 普通 当座 NO. _____

確認欄	☐	紙で申請される場合、自署されますと捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。
-----	--------------------------	--