

算出の基礎					
支給額		円			
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間				

支 給 支 払 決 議 書				
	常務理事			担当者
資 格 取 得		年 月 日		
資 格 喪 失		年 月 日		
支 払 年 月 日		年 月 日		

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	(記号)	事業所の 所在地	名 称				
	(番号)		所在地				
傷病名				発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
発病又は 負傷の原因							
傷病の経過							
診療又は手当を受けた医療機関の 名称・所在地及び 医師の氏名	名称			所在地			
	氏名			電話番号	電話 ()		
診療又は 手当の内容				入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日	
				領収書の日付 年 月 日			
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 円也		
被扶養者に 関する申請の時	氏 名			生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
資格喪失者の場合 の振込先	銀行 支店 普通・当座 NO.						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 Umios健康保険組合理事長殿							

※ 輸血及びコルセット等の治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」と
費用の「領収書」を添付してください。