

療養費支給決定決議書

発議	平成 年 月 日	決議	平成 年 月 日		
総支給金額	円				
法定金	円	査定額	円	取得	昭平 年 月 日
付加金	円	個人負担額	円	喪失	平成 年 月 日

被保険者
家族

療養費支給申請書

被保険者証の 記号及び番号	記号		番号		会社			
					部門			
傷病名					発病または 負傷年月日	平成 年 月 日		
医療機関名					所在地			
診療期間	平成 年 月 日	平成 年 月 日	日間	診療に要 した費用	円			
発病または 負傷の原因								
第三者の行為に よる時はその者 の住所・氏名等								
健康保険証が使用 できなかった理由	1. 業者に装具を依頼したため 2. その他 ()							
患者が被扶養者の 時はその者の氏名		生年 月日	昭和・平成 年 月 日	続柄				
コルセット・ギブ ス等治療用装具は	1. 入院中に装着した。 [どちらでしたか?] 2. 通院中に装着した。 [○印を打ってください。]							
給付金の支払いは、「健保給付金」として翌月の給与の中に合算して支払われます。社員コード のない方は、直接振込みますので振込み先を記入してください。								
振込 希望 銀行	銀行	支店	当座 ・ 普通	口座番号	名 義	フリガナ		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">〒 -</div> <p style="text-align: right;">被保険者住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名及び印 _____ 印</p> <p>NTPグループ健康保険組合 殿</p>								

*. 健康保険証を提示せずに医療機関にかかった場合は、「領収(請求)明細書」の添付が必要です。