受付年月日	令和　　年　　月　　日	支　給　支　払　決　議　書			
伺年月日	令和　　年　　月　　日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和　　年　　月　　日				
支　給　額	円	資格取得年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和		
		資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日		
		支払年月日	令和　　年　　月　　日		

□被保険者（本人）　□家族　療養費支給申請書

被保険者（本人）が記入するところ

① 被保険者等の記号・番号		② 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入しください	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	□昭和 □平成 年　　月　　日
⑤ 療養を受けた者の氏名		⑥ 療養を受けた者の生年月日	□昭和 □平成 □令和 年　　月　　日
⑦ 傷病名		⑧ 発病又は負傷の年月日	□平成 □令和 年　　月　　日
⑨ 発病の原因及び経過	□ 病気　「詳しく」 □ ケガ　→　負傷原因届を併せてご提出ください		
⑩ 診療又は手当を受けた医療機関の	名称 / 医師氏名	所在地 / 電話番号	
⑪ 診療又は手当を受けた期間	自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日　　日間	⑫装具を装着した日	令和　　年　　月　　日
⑬ 診療の内容			
⑭ 療養に要した費用の額	円	⑮療養費の支給申請の理由	
⑯ 振込希望機関	銀行 金庫 組合	店	口座番号：□ 普通　□ 当座 口座名義（カタカナ）
⑰ 公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します （利用する場合は☑、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入）		

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

エクセディ健康保険組合理事長 殿

⑱ 〒

被保険者の 住所

氏名